

(Sustitutivo a los
P. de la C. 2585 y 2659)
(Conferencia)

14^{ta} 3^{ra}
Ley Núm. 105
Comisión 19 7 02

LEY

Para enmendar el Artículo II; enmendar el inciso (b), (c), (d), (e), (f), (h), (o) y (r) de la Sección 1 del Artículo III; renominar los incisos (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o), (p), (q), (r) y (s) de la Sección 1 del Artículo III como incisos (h), (i), (j), (k), (l), (n), (o), (s), (t), (v), (aa), (bb), (dd) y (gg) respectivamente; añadir un nuevo inciso (f), (g), (m), (p), (q), (r), (u), (w), (x), (y), (z), (cc), (ee), (ff), y (hh) a la Sección 1 del Artículo III; enmendar los incisos (c), (m) y (n) de la Sección 2 del Artículo IV; enmendar los apartados (1) y (2) del inciso (m) de la Sección 2 del Artículo IV; renominar los incisos (c), (d), (e), (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o) y (p) de la Sección 2 del Artículo IV como incisos (d), (e), (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o), (p) y (q) respectivamente; y añadir un nuevo inciso (c) a la Sección 2 del Artículo IV; enmendar las Secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 del Artículo VI; y añadir un nuevo Artículo IX a la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, a los fines de facultar a la Administración de Seguros de Salud para la contratación directa con proveedores de servicios de salud, librar de la jurisdicción y reglamentación del Comisionado de Seguros a las organizaciones de servicios de salud contratadas por la Administración de Servicios de Salud, y para otros fines.

EXPOSICION DE MOTIVOS

En el año 1993, se creó la Administración de Seguros de Salud con el propósito de implantar, administrar y negociar mediante contratos con compañías aseguradoras, un sistema de seguros de salud que brindara a los residentes de la Isla acceso a cuidados médicos-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. Transcurridos más de ocho años desde su implantación, resulta vital el análisis y evaluación de la forma en que se contratan los servicios de salud.

La política pública establecida por la pasada Administración, minimizó el rol del Gobierno como proveedor de servicios de salud, delegando en el sector privado una función primordial en el ofrecimiento de los servicios mediante la contratación de compañías aseguradoras para proveer cubiertas de seguros médico-hospitalarios. El costo de dichas cubiertas se estima en \$1.3 billones anuales para cubrir los servicios de salud de una población estimada en 1.8 millones de beneficiarios. Ante el costo acelerado de los seguros de salud y el interés de esta Administración de hacer accesible servicios de salud de calidad a la población necesitada, es indispensable diseñar nuevos modelos de prestación de servicios. Los mismos deben ser dinámicos, flexibles, y costo efectivos dentro del marco de cuidado coordinado y que se atemperen a la realidad fiscal y económica existente sin afectar adversamente la calidad y acceso a los servicios. Además, la Administración de Seguros de Salud en su obligación ministerial de velar por el buen funcionamiento del seguro de salud requiere de la innovación y del establecimiento de mecanismos que atiendan y corrijan deficiencias estructurales y operacionales existentes.

Algunos de los problemas que enfrenta la Administración de Seguros de Salud, en gran medida responden al proceso acelerado con que fue implantada, la insuficiente fiscalización de las aseguradoras, al establecimiento de modelos incongruentes e incompatibles, la distribución inadecuada de riesgo delegada al médico primario sin que éstos controlen sus presupuestos, el incremento de la población a ser servida y el uso inadecuado del seguro de salud por parte de muchos beneficiarios.

Por otro lado, la legislación actual, limita la facultad de la Administración de Seguros de Salud a contratar únicamente con aseguradores. Esto impide y restringe la flexibilidad necesaria para desarrollar programas o modelos de vanguardia para el ofrecimiento de servicios de salud de calidad que permitan al Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico mejorar la calidad de los servicios y reducir los costos del seguro de salud.

La experiencia obtenida hace necesario el diseñar éstos u otros modelos de prestación de servicios de salud que permitan evaluar la necesidad y conveniencia de modificar el modelo actual de prestación de servicios de salud.

Por tal razón, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico tiene el objetivo de iniciar modelos de contratación directa con proveedores de servicios de salud bajo un modelo real de cuidado coordinado que permita una distribución más adecuada de la responsabilidad del médico primario, una reducción de costos, mayor responsabilidad del beneficiario sobre el uso del seguro de salud y mejores controles sobre el tratamiento médico que recibe el beneficiario.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda el Artículo II de la Ley Núm. 72 de 7 septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

“ARTICULO II

DECLARACION DE INTENCION LEGISLATIVA

Como parte de una reforma radical de los servicios de salud en Puerto Rico, se establece la presente Ley para crear la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. Se trata de una corporación pública con plena capacidad para desarrollar las funciones que la Ley le encomienda.

La Administración tendrá la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, entidades y personas proveedoras de servicios de salud, un sistema de seguros de salud que eventualmente le brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

La política pública de salud en Puerto Rico ha girado, desde principios de este siglo, en torno a la visión de que el gobierno tiene la responsabilidad de prestar directamente los servicios de salud.

Al amparo de esa política, se han desarrollado dos sistemas de salud notablemente desiguales. En términos generales, podemos afirmar que en Puerto Rico la calidad de los cuidados de salud ha venido a depender preponderantemente de la capacidad económica de la persona para cubrir con recursos propios el costo de los mismos.

Dentro de ese esquema, al Departamento de Salud le ha correspondido la atención del sector médico-indigente de nuestra población. Las buenas intenciones de sus funcionarios no han sido suficientes para cancelar los efectos adversos que, sobre la calidad de servicios del Departamento, han tenido factores como los siguientes: la insuficiencia de los presupuestos; el costo creciente de la tecnología y los abastos médicos; el gigantismo y centralismo burocráticos; y la interferencia partidista con la gestión departamental.

Desde 1967, en Puerto Rico se han realizado ensayos de reforma en los servicios médico-hospitalarios del Departamento. Sin embargo, no se ha logrado estrechar una brecha que cada día se abre más entre la calidad de los servicios públicos y los privados.

Esta experiencia constituye el trasfondo de la política pública que pauta esta Ley. Esta política pública es la siguiente: La Administración gestionará, negociará y contratará con aseguradoras y proveedores de servicios de salud, para proveer a sus beneficiarios, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad.

La Administración también deberá establecer mecanismos de control dirigidos a evitar un alza injustificada en los costos de los servicios de salud y en las primas de los seguros."

Artículo 2.-Se enmienda el inciso (b), (c), (d), (e), (f), (h), (o) y (r) de la Sección 1 del Artículo III; se renominan los incisos (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o), (p), (q), (r) y (s) de la Sección 1 del Artículo III como incisos (h), (i), (j), (k), (l), (n), (o), (s), (t), (v), (aa), (bb), (dd) y (gg) respectivamente; y se añade un nuevo inciso (f), (g), (m), (p), (q), (r), (u), (w), (x), (y), (z), (cc), (ee), (ff), y (hh) a la Sección 1 del Artículo III de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

"ARTICULO III

DEFINICIONES

Sección 1.-Términos y frases

Para fines de esta Ley, los siguientes términos y frases tendrán el significado que se expone a continuación:

- (a) Administración - Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

- (b) Alianzas de beneficiarios - grupos de beneficiarios representados por la Administración en la negociación de las cubiertas de beneficios del Plan de Salud que éstos necesiten. Componen estos grupos, beneficiarios del Departamento de Salud u otros grupos que en el futuro puedan beneficiarse de las actividades de la Administración.
- (c) Aportación patronal - porción del costo de la prima que es pagada por el patrono del beneficiario.
- (d) Aportación personal - porción del costo de la prima que es pagada por el beneficiario.
- (e) Asegurador - entidad que asume el riesgo en forma contractual mediante el pago de una prima, debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios en Puerto Rico; o entidad con la cual la Administración delega por razón de vínculo contractual la adjudicación de la procesabilidad del pago por servicios en aquellos contratos entre la Administración y proveedores participantes.
- (f) Auditoría Interna Fiscal - procedimiento establecido por la Administración para recopilar la información necesaria que corrobore que los servicios prestados a los beneficiarios fueron provistos a base de criterios de necesidad y facturados correctamente.
- (g) Beneficiario de Medicare - aquella persona elegible al Programa Federal de Medicare y que además cumple con los requisitos para ser beneficiario de la Administración.
- (h) Coaseguro - participación porcentual que tiene el beneficiario de cada pérdida o porción del costo de recibir un servicio.
- (i) Comisionado - Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
- (j) Cubierta de beneficios de salud - todos los beneficios incluidos en un plan de salud para los beneficiarios.
- (k) Departamento - Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- (l) Director Ejecutivo - Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (m) Emergencia - se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona lego, razonablemente prudente, que

tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que en la ausencia de acción médica inmediata colocaría la salud de la persona en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a la salud de la mujer o de la criatura por nacer.

- (n) Entidad - cualquier organización con personalidad jurídica propia, organizada o autorizada a hacer negocios de conformidad con las leyes de Puerto Rico.
- (o) Facilidades de Salud - aquéllas definidas en la Ley Núm. 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada.
- (p) Grupo médico primario - entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie médicos primarios.
- (q) Grupo médico de apoyo - entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie médicos de apoyo.
- (r) Grupo de proveedores primarios - entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie proveedores primarios.
- (s) Junta de Directores - Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (t) Ley - "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico".
- (u) Médico de apoyo - profesional proveedor participante que provee servicios complementarios y de apoyo a los médicos primarios. Para obtener beneficios de éstos, el beneficiario deberá ser referido por el médico primario. Se considerarán médicos de apoyo, los siguientes: cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos, psiquiatras, oftalmólogos, radiólogos nefrólogos, fisiatras, ortopedas, cirujano general y demás médicos no comprendidos en la definición de médico primario.
- (v) Médico primario - profesional proveedor participante que evalúa y da tratamiento inicialmente a los beneficiarios. Es responsable de determinar los servicios que precisa el beneficiario, proveer continuidad y referir a los beneficiarios a servicios especializados. Se consideran médicos primarios ("Primary Physicians") los siguientes: médicos generalistas, médicos internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos y obstetras.

- (w) Organizaciones de Servicios de Salud - son Grupos médicos primarios, Grupos médicos de apoyo y Grupos de proveedores primarios que cumplan los requerimientos de contratación establecidos por la Administración para ofrecer servicios de salud a través del modelo de cuidado coordinado.
- (x) Pago per capita (capitation) - aquella parte de la prima pagada al asegurador que se transfiere al proveedor participante en pago de los beneficios provistos bajo las cubiertas de beneficios de salud a los beneficiarios que representa la Administración o aquel pago fijo efectuado por la Administración al proveedor participante por cada beneficiario.
- (y) Plan de salud - significa cualquier contrato mediante el cual una persona se compromete a proveer a un beneficiario o grupo de beneficiarios, determinados servicios de cuidado de salud bien sea directamente o a través de un proveedor de servicios de salud, o a pagar la totalidad o una parte del costo de tales servicios, en consideración al pago de una cantidad prefijada en dicho contrato que se considera devengada independientemente de si el beneficiario utiliza o no los servicios de cuidado de salud provistos por el plan.
- (z) Preautorización - permiso escrito del asegurador al beneficiario concediendo la autorización para obtener un beneficio. El beneficiario será responsable de obtener dicha preautorización del asegurador para obtener los beneficios que requiere la misma. El no obtener la preautorización cuando sea requerida impide la obtención del beneficio y la concesión de la preautorización obliga al autorizante al pago del servicio autorizado.
- (aa) Prima - remuneración que se le otorga a un asegurador por asumir un riesgo mediante un contrato de seguro.
- (bb) Prima base - La prima más baja de entre todas las contratadas con los aseguradores.
- (cc) Proveedor de servicios de salud - consistirá de médicos primarios, médicos de apoyo, servicios primarios, proveedores primarios y organizaciones de servicios de salud.
- (dd) Proveedor participante - aquel proveedor de servicios de salud contratado por los aseguradores o por la Administración para ofrecer servicios de salud a la población representada por la Administración.

- (ee) Proveedores primarios - consistirá de proveedores participantes que sean laboratorios clínicos, facilidades de radiología, farmacias y hospitales, sin incluir salas de emergencia.
- (ff) Referido - autorización por escrito emitida por el médico primario seleccionado que le permita al beneficiario obtener un servicio en otro proveedor participante en un período determinado.
- (gg) Secretario - Secretario del Departamento de Salud.
- (hh) Servicios primarios - las salas de emergencia de los proveedores participantes."

Artículo 3.-Se enmiendan los incisos (c), (m) y (n) de la Sección 2 del Artículo IV; se enmiendan los apartados (1) y (2) del inciso (m) de la Sección 2 del Artículo IV; se renominan los incisos (c), (d), (e), (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o) y (p) de la Sección 2 del Artículo IV como incisos (d), (e), (f), (g), (h), (i), (j), (k), (l), (m), (n), (o), (p) y (q) respectivamente; y se añade un nuevo inciso (c) a la Sección 2 del Artículo IV de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

"ARTICULO IV

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

. . .

Sección 2.-Propósitos, Funciones y Poderes

La Administración será el organismo gubernamental encargado de la implantación de las disposiciones de esta Ley. A esos fines, tendrá los siguientes poderes, funciones, que radicarán su Junta de Directores:

- (a) . . .
- (b) . . .
- (c) Negociar y contratar directamente con proveedores de servicios de salud aquellos servicios de salud que la Administración estime conveniente, considerando la capacidad y estructura de éstas.
- (d) Organizar alianzas y conglomerados de beneficiarios con el fin de representarlos en la negociación y contratación de sus planes de salud.
- (e) . . .
- (f) . . .

- (g) . . .
- (h) . . .
- (i) . . .
- (j) . . .
- (k) . . .
- (l) . . .
- (m) . . .
- (n) Establecer en los contratos que suscriba con las aseguradoras o con los proveedores participantes:
 - 1) la garantía del pago y la atención médico-hospitalaria que reciban sus beneficiarios, aunque la misma se preste fuera del área de salud donde los beneficiarios residan, por razón de emergencia o necesidad imperiosa.
 - 2) los mecanismos de evaluación y de cualquier otra naturaleza que garanticen todos los aspectos que afecten, directa o indirectamente, la accesibilidad, calidad, control de costos y de utilización de los servicios, así como la protección de los derechos de los beneficiarios y proveedores participantes.
 - 3) . . .
- (o) Ordenar a aseguradores y proveedores participantes que suministren la información que la Administración estime necesaria para darle seguimiento al firme cumplimiento de esta Ley, documentar los servicios prestados en programas categóricos subvencionados por el gobierno federal que hayan sido delegados, y documentar la relación de sus beneficiarios, reclamaciones de pagos, e informes estadísticos financieros pertinentes. En caso de incumplimiento, la Administración podrá acudir al Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, para solicitar que este ordene la entrega de la información requerida.
- (p) . . .
- (q) . . .

Artículo 4.-Se enmiendan las Secciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 del Artículo VI de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que lea como sigue:

“ARTICULO VI

PLAN DE SALUD

Sección 1.-Selección de planes de salud

La Administración gestionará planes de salud para una o más áreas geográficas, luego de determinar que existen en dichas áreas geográficas las condiciones necesarias para asegurar acceso a servicios de salud de calidad dentro de un marco de costo-efectividad.

A estos propósitos, se podrá considerar que la demarcación territorial de todo Puerto Rico constituye una sola área, así como la agrupación de uno o más Municipios podrá constituir un área o región independiente y separada. Entre los criterios que utilizará la Administración para determinar la demarcación territorial por áreas o regiones estará la participación de un número mínimo de aseguradoras que la Administración haya previamente calificado para que se garanticen la competencia en el costo de la prima y la calidad de los servicios. Antes de determinar que todo Puerto Rico es una sola área, la Administración deberá llevar a cabo un estudio para determinar la viabilidad de establecer una sola área, así como las ventajas y desventajas de ello para la estabilidad y fortalecimiento del Plan de Salud, de suerte que se pueda fortalecer verdaderamente la libre selección y el acceso a servicios de calidad para los beneficiarios. La Administración al calificar a las aseguradoras deberá tomar en consideración la solvencia y recursos administrativos y operacionales de estas. El Departamento identificará y certificará las personas elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y a su elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales, en armonía con lo dispuesto en la Sección 3 de este Artículo.

Los planes de salud dispuestos por esta Ley estarán sujetos a evaluación por la Administración, con el fin de determinar el éxito de los mismos y la necesidad de modificarlos para alcanzar los objetivos de esta Ley.

Sección 2.-Contratación

La Administración contratará seguros de salud para el área o áreas establecidas con uno o más aseguradores autorizados a hacer negocios de seguros de salud en Puerto Rico por el Comisionado de Seguros, o por leyes especiales aprobadas para estos propósitos. De igual forma podrá contratar con los proveedores de servicios de salud según definidos en esta Ley. Disponiéndose, que las organizaciones de servicios de salud que contraten con la Administración, por los servicios que presten a los beneficiarios que representa la Administración, no estarán sujetas a la jurisdicción ni reglamentación del Comisionado conforme al Artículo 19.031 del Código de Seguros. La Administración será responsable de fiscalizar y velar por la capacidad y efectividad de cumplimiento de estas organizaciones pudiendo contratar los servicios de terceros para tales fines.

Sección 3.-Beneficiarios del Plan de Salud

Todos los residentes de Puerto Rico podrán ser beneficiarios del Plan de Salud que se establecen por la implantación de esta Ley, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos, según corresponda:

- (a) . . .
- (b) Los miembros de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos, conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 53 de 10 de junio de 1996, según enmendada. Este beneficio se mantendrá vigente cuando el miembro de la Policía de Puerto Rico falleciere por cualquier circunstancia, mientras el cónyuge supérstite permanezca en estado de viudez y los hijos sean menores de veintiún (21) años de edad o aquellos mayores hasta veinticinco (25) años de edad, que se encuentren cursando sus estudios post-secundarios. La Policía de Puerto Rico consignará en su presupuesto de gastos los fondos para mantener vigente el plan de salud para estos beneficiarios, mediante una aportación equivalente a la aportación patronal que recibía el miembro de la Policía al momento de fallecer para beneficios de salud.

El Secretario de Hacienda transferirá a la Administración el monto de la aportación patronal que se consigna en el Presupuesto General de Gastos para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios al amparo de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada, y la aportación correspondiente para mantener vigente el beneficio del plan de salud para los cónyuges e hijos, cuando el policía falleciere.

Los miembros de la Policía de Puerto Rico que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro plan médico en el mercado, no participarán del plan establecido en esta Ley.

- (c) Aquellos empleados públicos y sus dependientes directos que, por su condición económica, cualifiquen como beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, tendrán derecho a recibir este beneficio. La diferencia correspondiente para cubrir el costo total de la prima de seguros para la cubierta médico-hospitalario individual y familiar, provendrá de los fondos asignados por la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

Los empleados públicos, cuyo nivel de ingresos no les permite ser elegibles para el Plan, podrán optar por acogerse al Plan de Servicios de Salud Gubernamental o continuar acogidos al plan privado de su preferencia. En caso de acogerse al Plan de Salud del Gobierno, la diferencia entre la aportación del gobierno y el costo de la prima será sufragada por los empleados.

En el caso de empleados públicos casados entre sí, estos podrán acogerse al de Salud combinando las aportaciones de ambos y actuando de forma mancomunada para su elegibilidad. En todos los casos el Secretario de Hacienda transferirá a la

Administración el monto correspondiente a la aportación patronal de los empleados públicos acogidos al Plan de Salud. Los empleados públicos que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro plan médico en el mercado, y que a su vez hayan sido identificados y certificados por el Departamento, según lo provisto por la Sección 1 del Artículo VI de esta Ley, no participarán del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Los empleados públicos tendrán la opción de extender la cubierta médica-hospitalaria a sus dependientes opcionales, y el empleado sufragará en su totalidad el costo de la cubierta.

(d) ...

...

Sección 4.-Disposiciones contra discriminación:

Un asegurador bajo esta Ley no podrá emitir tarjetas de identificación diferentes a las que provee a otros asegurados bajo planes de cubierta similares, salvo que la Administración así lo autorice o requiera.

Ningún proveedor participante o su agente podrá inquirir en forma alguna sobre la procedencia de la cubierta del plan de salud, para determinar si una persona es beneficiaria del plan que esta Ley crea.

Sección 5.-Deducibles; coaseguro y primas; prácticas prohibidas

La Administración establecerá en los contratos con los aseguradores, la prima acordada con éstos. Además, establecerá en los referidos contratos la cantidad que corresponda como pago de deducibles y coaseguro, conforme al nivel de ingresos y capacidad de pago del beneficiario. Los demás aseguradores podrán acordar con la Administración una prima mayor que la prima base, cuya diferencia la pagará el beneficiario. Ningún proveedor participante podrá cobrar al beneficiario una cantidad que exceda la acordada como deducible, coaseguro o primas en el contrato suscrito con los aseguradores o con la Administración.

Los aseguradores que contraten con la Administración para proveer planes de salud, en ningún momento podrán incrementar la prima o reducir beneficios en cualesquiera otras pólizas que provean, a los fines de subsidiar la prima, reducir el costo o compensar la experiencia de pérdida que tuviera en el plan de salud que se autoriza en esta Ley. La prima acordada deberá ser validada actuarialmente como razonable por los actuarios de la Administración debidamente cualificadas según los estándares de la Academia Americana de Actuarios. Para propósitos de estructurar y fijar el costo o prima, los aseguradores considerarán al grupo de beneficiarios de estos planes de seguro de salud, como una unidad independiente de sus otros grupos de beneficiarios, y mantendrán un sistema de contabilidad separado para ellos. De igual forma, los proveedores de servicios de salud que contraten con la Administración, no podrán reducir los beneficios o afectar la calidad de los mismos para atender pacientes no cubiertos por el Plan de Salud que se autoriza en esta Ley.

El incumplimiento de las disposiciones de esta Sección será sancionado por el Comisionado de Seguros conforme a lo establecido en la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, denominada "Código de Seguros de Puerto Rico" o por las disposiciones del contrato con la Administración, según aplique.

Sección 6.-Cubierta y beneficios mínimos

Los Planes de salud tendrán una cubierta amplia, con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones por condiciones preexistentes, como tampoco períodos de espera, al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario.

- A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, laboratorios, rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el beneficiario, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física.

...
...

- C. En su cubierta ambulatoria los planes deberán incluir, sin que esto constituya una limitación, lo siguiente:

- 1. Servicios de salud preventivos:

(a) ...

...

- 2. Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas:

...

Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios.

Sección 7.-Modelos de prestación de servicios

La Administración establecerá mediante reglamento, los distintos modelos de prestación de servicios que podrán utilizarse para ofrecer los planes de salud que por esta Ley se crean.

Los modelos de prestación de servicios que se utilicen tendrán en común lo siguiente:

- (a) El cuidado primario estará fortalecido con grupos de médicos primarios y por proveedores primarios, según se definen en la legislación y reglamentos locales y federales aplicables, que estén autorizados a ejercer en Puerto Rico.

...

- (d) La Administración no podrá contratar con organizaciones de servicios de salud que tengan intereses económicos, directa o indirectamente con otras organizaciones de servicios de salud, excepto con aquellos grupos médicos primarios o grupos médicos de apoyo que cuenten con recursos radiológicos en sus facilidades.

- (e) ...

- (f) ...

- (g) ...

Sección 8.-Sistema de Regionalización

La prestación de servicios se hará siguiendo el sistema de regionalización establecido por la Administración en coordinación con el Departamento, estableciendo progresivamente una red de proveedores participantes en toda la Isla y asegurando así el servicio más cercano al paciente.

- (a) El asegurador proveerá en cada región todos los servicios secundarios y terciarios, según lo define el Departamento, pero sólo aquellos servicios secundarios y terciarios no provistos por el Estado, en esa área o región. Los proveedores participantes coordinarán con la Administración el alcance de los servicios secundarios y terciarios que proveerán según se disponga en el contrato, pero sólo aquellos servicios secundarios y terciarios no provistos por el Estado, en esa área o región.

...

- (e) Los gobiernos municipales que hayan optado por operar o continuar operando las facilidades para prestar servicios de salud

estarán sujetos a la contratación de aquellos planes de salud que haya realizado la Administración.

- (f) En aquellos municipios donde operen o puedan operar en el futuro Centros de Salud Comunitarios, éstos podrán continuar prestando los servicios y contratar con los aseguradores correspondientes o la Administración, los servicios adicionales.

...

Sección 9.-Financiamiento de la Administración y del plan de salud; otros ingresos

El Plan de Salud establecido mediante esta Ley y los gastos de funcionamiento de la Administración se sufragarán de la siguiente manera:

- (a) Plan de Salud - para el año fiscal 1993-94 se asigna a la Administración, de fondos no comprometidos en el Tesoro Estatal la cantidad de dieciocho millones (18,000,000) de dólares. Para años subsiguientes, se consignará en el presupuesto de gastos de la Administración una asignación especial auto-renovable de acuerdo a las necesidades del plan de salud. Se asigna, además, a la Administración para el año fiscal 1993-94 y para años subsiguientes, las economías que genere el Departamento en la implantación de la Ley Núm. 103 de 12 de junio de 1985, según enmendada.

...

- (d) La asignación presupuestaria de los gobiernos municipales para servicios de salud directos en áreas cubiertas por los planes de salud estará basada en los por cientos contenidos en la Tabla siguiente del Presupuesto de Fondos Ordinarios de los municipios excluyendo la Contribución Adicional Especial (CAE), y fondos federales utilizando como base el presupuesto de fondos ordinarios del año fiscal anterior, a partir del 1ro. de julio de 1997.

...

Sección 10.-Procedimientos de Querellas

La Administración requerirá de los aseguradores y de los proveedores procedimientos para atender y resolver querellas de proveedores participantes y beneficiarios.

La Administración establecerá guías para la resolución de querellas que garanticen el debido procedimiento de ley. Las determinaciones tomadas sobre las

querellas serán apelables ante la Administración, según se disponga por Reglamento o contrato suscrito. Las determinaciones finales de la Administración serán revisables por el Tribunal de Circuito de Apelaciones.”

Artículo 5.-Se añade un nuevo Artículo IX a la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

“ARTICULO IX

CONTRATACION CON PROVEEDORES DE SALUD

Sección 1.-Contratos

En los contratos que efectúe la Administración al contratar directamente con proveedores de servicios de salud, la Administración podrá contratar con aseguradoras para que éstas adjudiquen la procesabilidad del pago por servicios en aquellos contratos entre la Administración y los proveedores participantes.

Sección 2.-Modelo Demostrativo; Autorización

Complementado por, y sin menoscabo de las disposiciones de esta Ley, se autoriza a la Administración a realizar planes pilotos de contratación directa con proveedores de salud, dentro del año contado a partir de la vigencia de la Ley que crea este Artículo IX, a los fines de permitir a la Administración la negociación y contratación de planes de salud con los proveedores de servicios de salud según definidos por esta Ley. La Administración cada seis (6) meses, a partir de la aprobación de esta Ley, informará a la Asamblea Legislativa sobre la evaluación, viabilidad y posibilidad de extensión a otras áreas o regiones de la Isla.

Sección 3.-Pago

A tenor con lo establecido en la Sección 2 anterior, la Administración considerará el transferir al proveedor de servicios de salud el por ciento del dólar prima destacado al subfondo médico; sin menoscabo del mismo por facturas y/o cargos relativos a los otros renglones del fondo médico como lo son los servicios ancilares de consultas de salas de emergencias y hospitales, laboratorios, rayos X, farmacias, médicos de apoyo y demás proveedores de servicios de salud.

Además, la Administración considerará hacerse cargo del Fondo Catastrófico, el Fondo Institucional y los servicios ancilares anteriormente mencionados.

De igual modo, la Administración considerará negociar tarifas con los diferentes médicos de apoyo a base de métodos de pago por servicios rendidos o pago per capita, teniendo a su haber los fondos de administración y reservas para amortiguar las fluctuaciones de pagos.”

Artículo 6.-Separabilidad e interpretación

Si alguno de los artículos, secciones, párrafos, oraciones, frases, o disposiciones de esta Ley fuera declarado inconstitucional por un tribunal con autoridad para ello, las restantes disposiciones permanecerán con toda su fuerza y vigor.

Todo contrato otorgado a partir de la vigencia de esta Ley, podrá ser rescindido, terminado o enmendado por la Administración, previa notificación con sesenta (60) días de antelación a la fecha de efectividad de la rescisión, terminación o enmienda, como parte del proceso de extender los modelos o programas pilotos de contratación con proveedores de servicios de salud conforme al Artículo IX que se añade por esta Ley, o como parte de una transición completa del Plan de Salud a un modelo de contratación con los proveedores de servicios de salud. La Administración incluirá en todo contrato a otorgarse una advertencia a estos fines.

Las disposiciones de esta Ley no se interpretarán ni aplicarán de manera que limite o menoscabe cualesquiera obligaciones contractuales otorgadas previa la vigencia de esta Ley.

Artículo 7.-Vigencia

Esta Ley comenzará a regir el 1 de julio de 2002.

.....
Presidente de la Cámara

.....
Presidente del Senado

DEPARTAMENTO DE ESTADO

CERTIFICO: Que es copia fiel y exacta del original aprobado y firmado por la Gobernadora del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

A la fecha de: 29 de julio de 2002

GISELLE ROMERO GARCIA
Secretaria Auxiliar de Servicios

