

14ta ASAMBLEA LEGISLATIVA
5ta SESION ORDINARIA
LEY NUM.: 133
APROBADA: 1 DE JUNIO DE 2003

(P. de la C. 1749)

L E Y

Para añadir las Secciones 13, 14, 15, 16 y 17 al Artículo V de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, conocida como la "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico" a los fines de establecer los parámetros que definan las obligaciones y derechos al uso y otorgamiento de la cubierta de cuidado de salud, tanto a los proveedores ya las aseguradoras como a los beneficiarios.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Por medio de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, con la cual se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico consolidó una serie de intereses socioeconómicos en pugna, con el fin de resolver el conflicto entre los mismos. Apoyándose en su facultad constitucional y política pública de velar por la vida, el bienestar y la salud del pueblo, el Estado asumió una postura como ente interventor entre el interés de la población médico-indigente en recibir servicios de cuidado de salud, el interés genuino de los proveedores y de la profesión médica en atender al médico-indigente una vez asegurada su expectativa del cumplimiento contractual de parte de la institución aseguradora, y la expectativa de la institución aseguradora en que la aportación del asegurado no sea una incierta de modo que el asegurador pueda asumir los riesgos financieros, sin recurrir a un alza en la cuota o prima de la cubierta de beneficios de salud.

No obstante lo anterior, el interés favorecido por el esquema regulador a través de la Ley Núm. 72, así expresó como política pública en su Artículo II, es que la Administración de Seguros de Salud gestionará, negociará y contratará planes de seguros de salud que permitan obtener para sus asegurados, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad.

Así, a tenor con la Ley Núm. 72, la Administración de Seguros de Salud ha batallado en cumplir con su cometido legislativo, ya que en la actualidad una vasta porción de la población puertorriqueña cuenta con planes de seguros de salud de una alta calidad. Consideramos que ha transcurrido tiempo suficiente para revisar la manera en que la reforma de salud funciona y modificar algunos de sus aspectos.

A través de investigaciones recientes hemos visto como la Administración de Seguro de Salud, por medio de reglamentación y acuerdos precontractuales con la diversas aseguradoras, ha manejado muchas de las tribulaciones que produce el funcionamiento de la reforma de salud. Particularmente lo concerniente a las expectativas del beneficiario, del proveedor de servicios de salud y del asegurador en cuanto a la efectividad e implantación de la cubierta.

Esto nos ha llevado a percatarnos de que una de las áreas que merece nuestra particular atención, no así prevista desde la creación de la Administración de Seguros de Salud, estriba en sus grupos protagónicos, los cuales quedan vinculados contractualmente por el plan de cubierta de salud, y por ende son sujetos de obligaciones, derechos y privilegios.

En ánimo de preservar las normas producto de la experiencia administrativa de nuestros funcionarios de la Rama Ejecutiva, este Cuerpo entiende que es su obligación el perpetuar las mismas a través de legislación apropiada que por inadvertencia o conveniencia del legislador al crear la ley, delegó en el funcionario ejecutivo; en virtud de los poderes delegados. Esto es el crear reglamentación sustantiva en materia de derechos y obligaciones contractuales de seguros de salud y bienestar social.

En mérito de todo lo antes esbozado, esta Asamblea Legislativa entiende que la presente medida es conveniente a todos los intereses en controversia. Es acertado señalar que esta Asamblea Legislativa tiene la prerrogativa constitucional de enmendar, alterar y revocar aquellas disposiciones de la reforma de salud en cuanto a derechos, privilegios y concesiones, para así concentrarnos en mejorar el esquema vigente, desarrollando a la larga, un instrumento legal de vanguardia que beneficie tanto a sus proveedores, aseguradores como a sus grupos beneficiarios, particularmente, a nuestros ciudadanos médico indigentes, ya los recursos del Gobierno del Estado Libre Asociado Puerto Rico.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se añade una nueva Sección 13 al Artículo VI de la Ley Núm. 72 de 7de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

"Sección 13.-Orientación a los beneficiarios

- (1) Las aseguradoras serán responsables por la preparación, publicación y distribución de folletos informativos a su propio costo, en español, que contengan una descripción de la cubierta de salud y los beneficios incluidos en los mismos. Estos folletos serán distribuidos a cada beneficiario junto con las tarjetas de identificación.
- (2) Las aseguradoras serán responsables por la preparación y diseminación, a su propio costo, de un programa de orientación para la comunidad que cubra los aspectos de la logística relacionada con la estructura, el uso, los beneficios y la accesibilidad de los servicios del plan médico para los beneficiarios de cada región de salud.
- (3) Los folletos informativos servirán de certificado y garantía de los beneficios a que tienen derecho los beneficiarios y deberán incluir, como mínimo, lo siguiente:
 - (a) Relación de los beneficios cubiertos.
 - (b) Limitaciones y exclusiones del programa de beneficios.
 - (c) Derechos de los beneficiarios.

- (d) Instrucciones para que los beneficiarios puedan tener acceso a los beneficios.
 - (e) Lista de las organizaciones de cuidado de salud y otros proveedores-participantes disponibles para ofrecer los servicios de cuidado de salud cubiertos en el programa de beneficios.
 - (f) Descripción del procedimiento para ventilar querellas.
 - (g) Firma del beneficiario a la entrega y explicación del folleto.
 - (h) Derecho a la libre selección de proveedor.
- (4) El contenido de los folletos informativos, así como su plan de distribución, deberán ser aprobados por la Administración antes de su publicación y distribución."

Artículo 2.-Se añade una nueva Sección 14 al Artículo VI de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

"Sección 14.-Derechos de los beneficiarios.

Todo beneficiario tendrá, entre otros, derecho a:

- (1) Recibir los servicios médicos de calidad cuando los necesiten.
- (2) Fácil acceso a los servicios médicos.
- (3) Seleccionar su organización de cuidado de salud.
- (4) Seleccionar su médico primario o de cabecera.
- (5) Seleccionar, en conjunto con su médico primario, su médico especialista.
- (6) Cambiar su médico primario o su organización de cuidado de salud.
- (7) Que no se le nieguen los servicios bajo la cubierta.
- (8) Acceso fácil e inmediato a servicios de emergencia.
- (9) Recibir la educación e información necesarias para conocer todos los beneficios que ofrece el seguro de salud.
- (10) Que no se discrimine en su contra,

- (11) Iniciar un procedimiento formal de querrela ante el asegurador si tiene una queja o preocupación sobre los servicios de cuidado de salud que le son ofrecidos bajo el plan.
- (12) Apelar cualquier determinación final de la aseguradora ante la Administración.
- (13) Seleccionar su farmacia y laboratorio."

Artículo 3.-Se añade una nueva Sección 15 al Artículo VI de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

"Sección 15.-Obligaciones de los beneficiarios.

Los beneficiarios tendrán la obligación de:

- (1) Mantener su información de elegibilidad al día y cuando sea requerida por la Administración.
- (2) Mantener su salud en buen estado manteniendo un estilo de vida saludable.
- (3) Una vez notificado de su elegibilidad al programa deberá acudir al lugar que le indique el asegurador para completar el proceso de suscripción y recibir su tarjeta de identificación como beneficiario.
- (4) Notificar al asegurador de los problemas que pueda confrontar en recibir los beneficios cubiertos.
- (5) Apelar cualquier determinación final del asegurador ante la Administración."

Artículo 4.-Se añade una nueva Sección 16 al Artículo VI de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

"Sección 16.-Derechos de los proveedores.

Bajo este plan, los proveedores tienen derecho a:

- (1) Que le sean pagadas las reclamaciones a tenor con los términos dispuestos en su contrato con el asegurador.
- (2) Apelar cualquier determinación final del asegurador ante la Administración."

Artículo 5.-Se añade una nueva Sección 17 al Artículo VI de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, para que se lea como sigue:

"Sección 17.-Obligaciones de los proveedores

Los proveedores se obligan a:

- (1) Ofrecer servicios de óptima calidad, cuando son necesarios y sin dilación a los beneficiarios del programa.
- (2) Brindar los servicios que sean necesarios para el cuidado de la salud de los beneficiarios.
- (3) No discriminar contra los beneficiarios de sus demás pacientes, por ningún concepto.
- (4) Notificar al asegurador de los problemas que puedan confrontar en ofrecer los servicios a los beneficiarios.
- (5) Notificar al asegurador o a la Administración de cualquier situación que constituya abuso, mal uso o fraude de parte de los beneficiarios."

Artículo 6.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

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: 11 de junio de 2003

GISELLE ROMERO GARCIA
Secretaria Auxiliar de Servicios