

15^{ta} ASAMBLEA LEGISLATIVA 7^{ma} SESION ORDINARIA
Ley Núm. 267
(Aprobada en 13 de agosto de 2008)

(P. de la C. 4193)

LEY

Para enmendar el Artículo VI, Sección 1 de la Ley Núm. 72 de 1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fines de exigir notificación oportuna sobre cambios en los criterios de elegibilidad.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico es una corporación pública con plena capacidad para desarrollar las funciones que la ley le encomienda. La Ley le impone la responsabilidad a la Administración 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 aprobación de la Reforma de Salud, creada mediante la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, antes citada, significó para un gran sector de nuestra población la oportunidad de disfrutar servicios de salud los cuales hasta ese momento estaban inaccesibles. La ley contempla la prestación de unos servicios uniformes basados en unas cubiertas mandatarias según definidas estas en el Artículo VI, Sección 6.

Este proyecto persigue aclarar que los cambios en los criterios a ser considerados para determinar la elegibilidad de los beneficiarios deben ser notificados oportunamente para que éstos tengan el tiempo suficiente para hacer los ajustes necesarios en caso de que se afecte su elegibilidad. Durante los últimos años se han adoptado criterios cuya resultado es la exclusión de participantes y privarlos de esa manera de la oportunidad de recibir servicios de salud. En días recientes se ha estado discutiendo públicamente la nueva propuesta relacionada con los criterios de elegibilidad de los beneficiarios del seguro de salud del gobierno de Puerto Rico.

De acuerdo a la información que ha trascendido públicamente, se tomará en consideración el valor de la propiedad inmueble del beneficiario. Entendemos que no se deben imponer nuevos criterios de elegibilidad sin que los mismos hayan sido notificados oportunamente.

El propósito de la Reforma de Salud es atender las necesidades especiales de un sector de la población que en la actualidad se encuentra desprovisto de unos servicios médicos. Nos referimos a aquellos pacientes que debido a una condición especial de salud vienen obligados a utilizar prácticamente las veinticuatro horas del día un equipo tecnológico para mantenerse con vida.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda el Artículo VI, Sección 1, de la Ley Núm. 72 del 1993, para que lea como sigue:

“Artículo VI.-

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, a través de la Oficina de Asistencia Médica (PAM), 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 el Artículo VI, Sección 5 de esta Ley. Disponiéndose que para fines de la determinación de elegibilidad, cuando se vayan a adoptar nuevas normas de elegibilidad, las mismas deberán ser notificadas a los beneficiarios en un término no menor de seis (6) meses previo a que las mismas vayan a entrar en vigor, siempre y cuando no se trate de una regulación federal que requiera su cumplimiento inmediato.

Los planes de salud dispuestos por este capítulo 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 este capítulo.”

Artículo 2.-Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

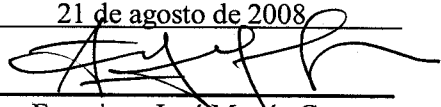
.....
Presidente de la Cámara

.....
Presidente del Senado

DEPARTAMENTO DE ESTADO
Certificaciones, Reglamentos, Registro
de Notarios y Venta de Leyes

Certifico que es copia fiel y exacta del original.

Fecha: 21 de agosto de 2008

Firma: 

Francisco José Martín Caso
Secretario Auxiliar de Servicios