

(P. de la C. 1459)

LEY

Para añadir una nueva Sección 7 al Artículo VI y reenumerar las actuales Secciones 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 como Secciones 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico"; enmendar el Artículo 18.040; añadir nuevos Artículos 18.051, 18.052, 18.053 a la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico"; enmendar el Artículo 7.010 de la Ley Núm. 77 de 16 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", a los fines de que la credencialización de proveedores que brindan servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, y planes médicos privados sea más eficiente, costo-efectiva y menos repetitiva, mediante la implementación del uso de un formulario de solicitud único y uniforme para la recopilación de datos necesarios en el proceso de verificación de credenciales; establecer el requerimiento de Modernización de los Procesos en las Juntas Examinadoras adscritas al Departamento de Salud y Radicación de Informes de Progreso; proveer los fondos necesarios para el servicio y mantenimiento del sistema electrónico centralizado; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Por los pasados años Puerto Rico ha sufrido un éxodo masivo de los médicos y otros profesionales de la salud. El éxodo de la clase médica ha resultado en una crisis de salud pública que dificulta el acceso que tienen los pacientes a los servicios básicos y especializados de salud que tanto necesitan. Ciertamente, este problema incide mayormente sobre el sector económicamente más vulnerable de la población que depende los beneficios del Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, el cual cubre a casi la mitad de la población (1.6 millones de personas). Para atender esta crisis, es necesario tomar acciones que mitiguen las razones por las cuales los profesionales de la salud deciden buscar oportunidades de trabajo fuera del país.

Una frustración recurrente manifestada para los médicos y proveedores que ofrecen servicios de salud son las muchas trabas existentes para conseguir contratos con las aseguradoras. Una de las razones principales está en la carga administrativa de enviar una abarcadora información a múltiples planes médicos en el proceso de verificación de sus credenciales ("credencialización") que se prolonga por largos meses, y mientras tanto permanecen sin poder generar ingresos de los planes médicos.

La reglamentación federal aplicable al Programa Medicaid requiere que todos los proveedores que brindan servicios a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno

sean evaluados e inscritos con el Programa Medicaid. La solicitud de inscripción actual se completa en línea a través del Portal de Inscripción de Proveedores de Medicaid (“Provider Enrollment Portal” (PEP), por sus siglas en inglés). El proceso de inscripción en el PEP incluye la verificación de información que confirme que los proveedores cumplen con los requisitos mínimos establecidos por ley y reglamento para rendir servicios al Programa Medicaid.

Sin embargo, la manera en que está estructurado el sistema actualmente hace necesario que, una vez un proveedor se inscribe a través del PEP, aún debe pasar por procesos separados de verificación de credenciales con cada uno de los planes médicos con los que desea contratar para la provisión de servicios a los beneficiarios de Medicaid. En estos procesos separados con el asegurador, los proveedores deben enviar información adicional a la requerida para inscribirse en el PEP. Esta información adicional es necesaria porque el proceso actual de inscripción en el PEP no examina la totalidad de la documentación requerida reglamentariamente y porque tampoco cumple con los estándares exigidos por el asegurador para mantener sus acreditaciones con organizaciones de acreditación reconocidas a nivel nacional.

Los procesos de verificación de credenciales que llevan a cabo los aseguradores con el que los médicos y otros profesionales de la salud desean contratar tienen su inicio a partir de que el proveedor envía una solicitud al asegurador. Con la presentación de una solicitud el proveedor se somete a un proceso de credencialización en el que el asegurador verifica la educación, experiencia y competencia de este. Luego de evaluar la solicitud del proveedor, el asegurador decide si este cumple con las calificaciones establecidas internamente para contratar a los proveedores que brindarán servicios a los clientes del asegurador. Después de culminada la evaluación de la solicitud del proveedor y esta determinarse satisfactoria, el asegurador entonces abre paso a la contratación con el proveedor que le permite a este facturar y recibir pagos como proveedor de servicios dentro de la red del asegurador.

Según el proceso actual, los proveedores de servicios de salud al buscar contrato deben enviar información para ser credencializados o re-credencializados a cada asegurador individualmente. Este proceso a menudo tiene como resultado la presentación, en diferentes plazos de tiempo, de varias solicitudes y documentos, distintas entre sí, lo que hace de este proceso uno administrativamente oneroso para los proveedores por falta de uniformidad en proceso.

El sistema actual de exigir a los profesionales de la salud que completen y presenten múltiples solicitudes y formularios de credencialización ante cada asegurador con el que interesa contratar es repetitivo, burocrático e ineficiente. A fin de cuentas, los procesos separados de credencialización realizados por los planes médicos crean redundancias y a la larga afecta el acceso de los pacientes a los médicos y otros proveedores de servicios de salud.

Esta Administración posee el firme compromiso de crear las condiciones para mantener a los médicos y demás proveedores de salud en Puerto Rico y reconoce que minimizar la carga administrativa de los proveedores en el proceso de credencialización asiste en este cometido. A tales efectos, se han desarrollado estrategias puntuales de política pública dirigidas a atajar el éxodo de médicos y lograr que los servicios que rinden en el país estén mejor remunerados. El Gobierno ha procurado reducir la burocracia y barreras adicionales para mejorar las condiciones de los proveedores de salud. Una de estas iniciativas ha sido la fiscalización por parte de la ASES a los MCO de Plan Vital para procurar que los honorarios por servicios de los proveedores estén siendo pagados. Esto incluye el incentivo de calidad que debe pagarse a los médicos y a otros grupos de proveedores que ASES ya ha pagado a las aseguradoras desde el 2018.

De igual forma, de cara al proceso competitivo que se llevará a cabo para el próximo contrato de Plan Vital, se promueve la simplificación de los procesos y el aumento de tarifas a los médicos, de manera que redunde en mejores servicios para la ciudadanía y mejores condiciones para estos profesionales, para así atajar su éxodo.

Se busca facilitar, simplificar y evitar redundancias entre los aseguradores y eliminar la necesidad de que un médico y profesionales de la salud sea credencializado o re-credencializado varias veces por diferentes planes médicos. De manera que el propósito de esta Ley es hacer que la credencialización de proveedores que brindan servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, y planes médicos privados sea más eficiente, costo-efectiva y menos repetitiva, mediante la implementación del uso de un formulario de solicitud único y uniforme para la recopilación de datos necesarios en el proceso de verificación de sus credenciales.

Mediante esta Ley se le ordena al Secretario del Departamento de Salud a desarrollar formularios estandarizados para la credencialización y re-credencialización de los proveedores que ofrecen servicios a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, y planes médicos privados, con el objetivo de reducir la necesidad de que los profesionales de la salud completen múltiples formularios que cumplen el mismo propósito. Los formularios de solicitud estandarizados permitirán a los proveedores enviar información una sola vez para fines de lograr ser credencializados o re-credencializados. Ningún asegurador u organización de seguros de salud o su intermediario podrá requerir que un profesional o institución de servicios de salud presente información adicional o distinta a la que sea requerida en el Formulario Uniforme de Solicitud adoptado por el Secretario de Salud. Además, esta Ley enmienda el Código de Seguros de Salud para especificar que una verificación de las credenciales de un proveedor bajo el Programa Medicaid, Medicare o Medicare Advantage exitosamente completada por un asegurador será aceptada para propósitos de cumplir con los requisitos de credencialización de seguros de salud en el sector privado.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

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

“Sección 7. - Proceso Centralizado de Verificación de Credenciales de Proveedores de Servicios de Salud.

- (a) El Secretario del Departamento de Salud, en coordinación con la Oficina del Comisionado de Seguros, desarrollará una plataforma digital que permita implementar un sistema electrónico centralizado de verificación de credenciales de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador o alguna organización de manejo de cuidado (MCO, por sus siglas en inglés) para convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno. El sistema electrónico centralizado de verificación de credenciales facilitará la presentación electrónica del formulario de solicitud y recopilará en un solo lugar la información y los documentos sobre las credenciales de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador u organización de manejo de cuidado para convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno, con el fin de agilizar y reducir la carga administrativa de los mismos en el proceso de verificación de las credenciales previo a contratar con algún asegurador.
- (b) Con el fin de establecer uniformidad en la información y documentos requeridos para la credencialización y re-credencialización según se dispone en el inciso (a) de esta Sección, el Secretario del Departamento de Salud, en coordinación con la Oficina del Comisionado de Seguros, adoptará un Formulario de Solicitud Uniforme para Credencialización y Re-credencialización, en formato electrónico, que será utilizado en los procesos de credencialización y re-credencialización de las organizaciones de manejo de cuidado y aseguradores que sean autorizados mediante contrato con la Administración para el manejo del Plan de Salud del Gobierno, conforme los parámetros promulgados por o el Centers for Medicare and Medicaid Services.
- (c) El uso del Formulario de Solicitud Uniforme para Credencialización y Re-credencialización será mandatorio en los procesos de credencialización y re-credencialización de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador u organización de manejo de cuidado para convertirse en proveedor de servicios de salud bajo el Plan de Salud del Gobierno. Mediante esta acción se busca reducir la necesidad de proporcionar información redundante en los procesos de credencialización y re-credencialización.

(d) El Secretario del Departamento de Salud, quien presidirá el mismo, creará un comité central revisor de las credenciales integrado por al menos nueve (9) integrantes, quienes se encargarán de la otorgación de la certificación que avale las credenciales de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador u organización de manejo de cuidado para convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno. Dicho comité central revisor contará con los siguientes integrantes.

1. Un (1) médico con especialidad autorizado a ejercer la práctica de la medicina dentro de su especialidad;
2. un (1) médico generalista autorizado a ejercer la práctica de la medicina general;
3. un (1) dentista autorizado a ejercer dicha práctica;
4. un (1) radiólogo autorizado a ejercer dicha práctica;
5. un (1) farmacéutico autorizado a ejercer dicha práctica;
6. un (1) integrante que represente a los laboratorios;
7. un (1) integrante que represente a las instalaciones hospitalarias;
8. un (1) integrante que represente a las farmacias; y
9. un (1) integrante que represente a las aseguradoras.

El comité central revisor designado por el Secretario deberá completar el proceso de validación de credenciales o re-credencialización del solicitante, dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de haber recibido, debidamente completado en todas sus partes con la información y documentos requeridos en el Formulario de Solicitud Uniforme para Credencialización y Re-credencialización.

(e) Una vez completado el proceso de validación de credenciales o re-credencialización de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador u organización de manejo de cuidado para convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno, será deber del comité central revisor enviar toda la información y documentos requeridos y recibidos en el Formulario de Solicitud Uniforme para Credencialización y Re-credencialización a las organizaciones de manejo de cuidado y aseguradores

que sean autorizadas mediante contrato con la Administración para el manejo del Plan de Salud del Gobierno.

(f) Para fines de esta Sección, los términos que aparecen a continuación tendrán el siguiente significado:

(1) "Credencialización" - el proceso de obtención y verificación de información sobre las credenciales de profesionales de la salud cuando dicho profesional solicite convertirse en proveedor de servicios de salud bajo contrato de una organización de manejo de cuidado u asegurador del Plan de Salud del Gobierno;

(2) "Proveedor"- cualquier persona natural o jurídica con licencia o autorización para ejercer la práctica de su profesión o la prestación de servicios dentro del campo de la salud en Puerto Rico; y

(3) "Verificación de credenciales"- es el proceso de obtener y verificar la información acerca de una persona natural o jurídica que interese contratar con algún asegurador para convertirse en proveedor de servicios de salud para su evaluación cuando este solicite convertirse en proveedor participante de una aseguradora u organización de manejo de cuidado del Plan de Salud del Gobierno."

Sección 2.-Se reenumeran las actuales Secciones 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según enmendada, como Secciones 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.

Sección 3.-Se enmienda el Artículo 18.040 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que se lea como sigue:

"Artículo 18.040.- Aplicabilidad y Alcance.

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes médicos."

Sección 4.-Se añade un nuevo Artículo 18.051 a la Ley 194-2011, según enmendada, para que se lea como sigue:

"Artículo 18.051.- Formulario de Solicitud Uniforme.

(a) El Comisionado requerirá en los procesos de credencialización y re-credencialización de los aseguradores u organizaciones de seguros de salud el uso de un Formulario de Solicitud Uniforme, siguiendo los parámetros

adoptados por el Secretario del Departamento de Salud y utilizando los parámetros establecidos en la Sección 7, titulada "Proceso Centralizado de Verificación de Credenciales de Proveedores de Servicios de Salud" del Artículo VI de la Ley 72-1993, según enmendada.

- (b) El uso del Formulario de Solicitud Uniforme determinado por el Comisionado al amparo del inciso (a) de este Artículo será mandatorio para los procesos de verificación de credenciales y re-credencialización de cualquier persona natural o jurídica que solicite convertirse en proveedor de servicios de salud bajo contrato de cualquier asegurador u organización de seguros de salud de planes médicos.
- (c) Ningún asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud o sus intermediarios podrá requerir que un profesional de la salud o instalación de cuidados de salud solicitante presente información adicional o distinta a la que sea requerida por el Formulario Uniforme de Solicitud establecido conforme este Artículo, salvo que el solicitante continuará presentando los endosos de cubierta médico-hospitalaria que requiera el asegurador u organización de manejo de cuidado de manera independiente".

Sección 5.-Se añade un nuevo Artículo 18.052 a la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 18.052. - Término para la Verificación de las Credenciales.

- (a) Todo asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud deberá completar el proceso de verificación de credenciales o re-credencialización del profesional o institución de cuidado de salud solicitante, dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de haber recibido debidamente completado en todas sus partes con la información y documentos requeridos en el Formulario de Solicitud Uniforme.
- (b) Dentro de los primeros quince (15) días de la fecha de recibida la solicitud, el asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud notificará al profesional o institución de cuidado de salud solicitante de cualquier defecto, en caso de que se considere que la solicitud no está presentada de manera correcta y completa; especificando cuáles son los defectos encontrados en su solicitud para que la misma sea procesada. El profesional o institución de cuidado de salud tendrá derecho a suplementar o corregir la solicitud, o solicitar reconsideración para controvertir alguna objeción en un término no mayor de treinta (30) días a partir de la notificación al solicitante del defecto encontrado.

- (c) Una vez recibida la solicitud, con las debidas correcciones de las objeciones encontradas por el asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud; tendrán un término no mayor de treinta (30) días para corroborar la solicitud y documentos sometidos y le notificará al profesional o institución de cuidado de salud solicitante dentro de dicho término la decisión sobre su solicitud de credencialización o re-credencialización.

- (d) Transcurrido el término de treinta (30) días a partir de la fecha de recibida la solicitud sin la solicitud haber sido objetada, se considerará aprobada la acreditación o re-creaditacion del profesional o institución de la salud solicitante.”

Sección 6.-Se añade un nuevo Artículo 18.053 a la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 18.053. – Convalidación de Credenciales.

No será necesario que el profesional o entidad debidamente credencializado por el comité central revisor de credenciales del Departamento de Salud se someta nuevamente al proceso de credencialización o re-credencialización de un asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud que suscriba planes médicos en el sector privado, mientras permanezca dicha certificación de credenciales vigente. Será deber del comité central revisor enviar toda la documentación recibida del profesional o entidad debidamente credencializado por el comité central revisor, para que el asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud pueda convalidar la información utilizada por el comité central revisor.”

Sección 7.-El Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros deberán promulgar o enmendar aquellas normativas que sean necesarias para lograr los objetivos de esta Ley.

Sección 8.- Implementación del Proceso de Credencialización por Fases

Para realizar una efectiva implementación de esta Ley, se establece que los procesos de implementación se establezcan por fases. Para la primera fase, se establece que se utilice el proceso de credencialización al amparo de esta Ley para ser utilizado para los profesionales de la salud únicamente. Para la segunda fase se establece que se utilice el proceso de credencialización al amparo de esta Ley para incluir a las instituciones de cuidado de salud y a los proveedores de servicios de salud.

Sección 9.-Requerimiento de Modernización de los Procesos en las Juntas Examinadoras adscritas al Departamento de Salud y Radicación de Informes de Progreso.

Para realizar una efectiva implementación de esta Ley, se ordena al Departamento de Salud que establezca un proceso para la modernización de los Procesos en las Juntas Examinadoras adscritas al Departamento de Salud para que las solicitudes de profesionales de la salud sobre documentación necesaria para los procesos de credencialización y re-credencialización requeridos al amparo de esta Ley puedan procesarse de la manera más rápida posible. Para la realización de este proceso de modernización, el Departamento de Salud tendrá un término no mayor de dos (2) años a partir de la aprobación de esta Ley para su culminación. Será deber del Departamento de Salud someter cada seis (6) meses a partir de la aprobación de esta Ley un informe detallado sobre el progreso, implementación y etapa de cumplimiento de lo requerido en esta Sección en la Secretaría de la Cámara de Representantes y del Senado de Puerto Rico.

Sección 10.-Se enmienda el Artículo 7.010 de la Ley Núm. 77 de 16 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 7.010.-Derechos de presentación, licencias y otros.

(1)...

(2) El Comisionado cobrará por adelantado, y las personas o entidades que reciban los servicios enumerados a continuación, igualmente pagarán por adelantado los siguiente derechos y tarifas:

(m). Por concepto de servicio y mantenimiento del sistema electrónico centralizado de verificación de credenciales y Formularios de Solicitud Uniforme digital determinado por el Comisionado se establece el siguiente cargo anual:

- (i) Organización de seguros de salud o asegurador con 5,000 o menos proveedores de servicios de salud participantes pagarán un importe de \$5,500 anual.
- (ii) Organización de seguros de salud o asegurador con más de 5,000 proveedores de servicios de salud participantes pagarán un importe \$7,500 anual."

Sección 11.-Separabilidad.

Si cualquier parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto de dicha resolución, dictamen o sentencia quedará limitado a la parte específica de la misma que así hubiere sido anulada o declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia de cualquier parte de esta Ley fuera invalidada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a aquellas personas o circunstancia en que se pueda aplicar válidamente. Es la voluntad expresa e inequívoca de esta Asamblea Legislativa que los tribunales hagan cumplir las disposiciones y la aplicación de esta Ley en la mayor medida posible, aunque se deje sin efecto, anule, invalide, perjudique o declare inconstitucional alguna de sus partes, o, aunque se deje sin efecto, invalide, perjudique o declare inconstitucional su aplicación a alguna persona o circunstancia. Esta Asamblea Legislativa hubiera aprobado esta ley sin importar la determinación de separabilidad que el Tribunal pueda hacer.

Sección 12.-Vigencia.

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

DEPARTAMENTO DE ESTADO
Certificaciones, Reglamentos, Registro
de Notarios y Venta de Leyes
Certifico que es copia fiel y exacta del original
Fecha: 18 DE JULIO DE 2023



OMAR J. MARRERO DÍAZ
Secretario de Estado
Departamento de Estado
Gobierno de Puerto Rico