

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1086

31 de agosto de 2009

Presentado por el señor *Ríos Santiago*

Referido a las Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; y de Salud

LEY

Para enmendar la Ley Número 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, conocida como Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, mediante la inclusión de una disposición para requerir a todo proveedor de salud participante de la red de proveedores de un asegurador de salud e incapacidad, organización de servicios de salud u Organización para el Mantenimiento de la Salud según definida en la Ley de Facilidades de Salud, que efectúen el trámite de coordinación de beneficios en aquellos casos en que el paciente cuente con más de un seguro médico o plan de salud, definir lo que es proveedor participante y añadir una causal para que el paciente, asegurado o consumidor pueda presentar querrela administrativa.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Muchas personas en Puerto Rico están cubiertas por dos o más seguros de salud o planes de salud. Como parte de las disposiciones de las pólizas de seguro y planes de salud, es estándar en la industria la cláusula de coordinación de beneficios que sigue la Ley Modelo expedida por la *National Association of Insurance Commissioners (NAIC)* y la regla de *Medicare as Secondary Payer* expedida por el *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*. La coordinación de beneficios permite que el plan primario pague la reclamación de servicios médicos y si la persona tiene un plan secundario, éste paga los copagos, deducibles y coaseguros que el plan primario no cubre y son responsabilidad del asegurado o suscriptor del plan primario. Definitivamente, la coordinación de beneficios representa un gran ahorro al consumidor de servicios de salud que cuenta con dos o más seguros de salud o planes de salud.

Para esta Asamblea Legislativa, la promoción del acceso a los servicios de salud es de vital importancia. La coordinación de beneficios permite al consumidor acceder a los servicios médicos del proveedor participante en cualquier momento que los necesite aún cuando no tenga efectivo en su cartera. Por tanto, el buscar vías que economicen al consumidor de servicios ese acceso es de vital importancia. Es por ello, que esta Ley persigue que el asegurado, beneficiario o suscriptor tenga la obligación de dar al proveedor participante información sobre todos los seguros de salud que posee y hacer mandatorio que el proveedor participante coordine beneficios entre los distintos planes o seguros de salud que cubren al individuo. De ese modo, protegemos el interés del consumidor de economizar dinero.

El proveedor participante podrá hacer la coordinación de beneficios de forma electrónica cumpliendo con la Regla de Códigos y Transacciones bajo la Ley federal *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (HIPAA) o en papel. Bajo la Ley de Pago Puntual de las Reclamaciones de Servicios a los Proveedores de Servicios de Salud, Ley número 104 de 19 de julio de 2002, ya se contempla esta transacción y el plazo que tiene el asegurador o la organización de servicios de salud para pagar la reclamación procesable sometida por el proveedor participante cuando el plan es primario o secundario.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Artículo 1 – Se añaden tres nuevas definiciones al Artículo 2 de la Ley Número 194
2 de 25 de agosto de 2000, mejor conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidades del
3 Paciente” y se reenumeran las definiciones posteriores en orden alfabético para que lea como
4 sigue:

5 “Artículo 2 – Definiciones

6 Para fines de esta Ley, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación
7 se indica:

8 (m) “*Plan primario*” - significa un *Plan de Cuidado de Salud* cuyos beneficios se
9 determinan sin tomar en consideración la existencia de algún otro *Plan de Cuidado*
10 *de Salud*.

1 (n) “Plan secundario” - significa un Plan de Cuidado de Salud cuyos beneficios se
2 determinan luego de aplicarse y deducir aquellos beneficios pagados por el Plan
3 primario.

4 (o) "Prima" ...

5 (p) “Profesional de la salud” ...

6 (q) “Proveedor” ...

7 (r) “Proveedor participante”: Significa todo médico, hospital, centro de servicios
8 primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia,
9 servicios médicos de emergencia prehospitalarios o cualquier otra persona
10 autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo
11 contrato con un asegurador u organización de servicios de salud preste servicios
12 de salud a suscriptores o beneficiarios de un plan de cuidado de salud o seguro de
13 salud.

14 (s) “Secretario”: significa el Secretario del Departamento de Salud de Puerto
15 Rico”

16 (t) “Sicólogo clínico” ...

17 Artículo 2 - Se añade un inciso (f) y un inciso (g) al Artículo 8 de la Ley Número 194
18 de 25 de agosto de 2000, mejor conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidades del
19 Paciente” para que lea como sigue:

20 “(f) Todo asegurador, organización de servicios de salud u Organización para
21 el Mantenimiento de la Salud según definidas en la Ley de Facilidades de Salud,
22 tendrá en sus contratos de seguros o planes de salud de índole comercial un
23 resumen adecuado de la cláusula de coordinación de beneficios el cual se

1 *regirá por la Ley Modelo vigente expedida por la National Association of*
2 *Insurance Commissioners y las leyes federales sobre coordinación de beneficios*
3 *con los planes de salud federales.*

4 *El Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico administrado por la*
5 *Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) será plan*
6 *secundario cuando el paciente tenga más de un plan o seguro de salud.*

7 *(g) A partir del primer día del séptimo mes luego de la aprobación de esta ley,*
8 *todo proveedor participante tendrá la responsabilidad de coordinar beneficios*
9 *con los aseguradores, las organizaciones de servicios de salud y las*
10 *Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, según definidas en la Ley de*
11 *Facilidades de Salud, en aquellos casos en que el paciente esté cubierto bajo*
12 *dos o más planes o seguros de salud. Ningún proveedor participante podrá*
13 *negarse a hacer coordinación de beneficios o exigir al paciente que gestione el*
14 *reembolso de su dinero.”*

15 Artículo 3 – Se añade un inciso (j) al Artículo 13, para que los asegurados notifiquen a
16 los proveedores sobre todos los seguros de salud que posean, que leerá de la siguiente forma:

17 Artículo 13. - Responsabilidades de los pacientes, usuarios o consumidores de
18 servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.

19 La naturaleza esencial del cuidado de la salud requiere que los pacientes, usuarios o
20 consumidores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias y sus familiares
21 participen en su cuidado. Sin embargo, la satisfacción del paciente y la efectividad del
22 cuidado dependerán en parte de que el paciente ejerza sus responsabilidades en una
23 forma adecuada. Estas responsabilidades son, entre otras:

1 (a) ...

2 ...

3 ...

4 (j) *Los pacientes tienen la responsabilidad de notificar a los proveedores*
5 *participantes sobre todos los planes de seguros de salud que posean al momento de*
6 *recibir un tratamiento. Esta responsabilidad incluye, pero no se limita a: 1) entregar*
7 *al proveedor la tarjeta de identificación del(los) seguro(s) médico(s) para que éste*
8 *pueda generar una copia para sus expedientes y 2) mantener actualizada la*
9 *información sobre los seguros que posee .*

10 Artículo 4 – Se añade una causal adicional bajo el Artículo 17 para que el paciente,
11 asegurado, usuario o consumidor de servicios de salud pueda presentar una querella
12 administrativa y leerá como sigue:

13 “Artículo 17 – Querellas y procedimientos relacionados

14 (a) *Todo paciente, asegurado, usuario o consumidor de servicios de salud que*
15 *considere que se le han violado sus derechos bajo la presente Ley, podrá*
16 *presentar una querella administrativa contra el proveedor, asegurador u*
17 *organización de servicios de salud en cuestión ante el Departamento, en asuntos*
18 *como los siguientes:*

19 (14) Un proveedor participante, se niega a efectuar la coordinación de beneficios o
20 un asegurador u organización de servicios de salud obstaculiza o rehúsa sin
21 justificación válida colaborar en la gestión de la coordinación de beneficios.”

22 Artículo 5 – Campaña educativa

1 Previo a la efectividad de las disposiciones de esta ley, será responsabilidad de las
2 organizaciones de servicios de salud, los *healthcare clearinghouses* y los aseguradores de
3 salud e incapacidad, orientar al asegurado, beneficiario o suscriptor y a los proveedores de
4 servicios de salud sobre la coordinación de beneficios. Esta campaña educativa tendrá
5 duración de 6 meses a partir de la fecha de aprobación de esta ley.

6 Artículo 6 Vigencia- Esta Ley comenzará a regir inmediatamente luego de su
7 aprobación.