ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

16 ta Asamblea Legislativa | 2 da Sesión Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

R. del S. 575

13 de agosto de 2009

Presentada por el señor Rivera Shatz

Referida a

RESOLUCIÓN

Para ordenar a las Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas y a de Salud del Senado de Puerto Rico realizar un estudio abarcador en torno al proceso de contratación de las aseguradoras médicas por el Gobierno de Puerto Rico, la dilación en el pago a los IPAs (Independent Provider Association) y a los proveedores de servicios de la salud por servicios prestados a los pacientes, las reclamaciones mal adjudicadas, la dilación en la liquidación del fondo de reserva (IBNR), la legalidad de las actuaciones de las aseguradoras de servicios de salud, y el alegado abuso de discreción de las aseguradoras de servicios de salud al determinar si ofrecen cubierta médica a los pacientes y para otros fines.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Diariamente miles de pacientes acuden a oficinas médicas, laboratorios, farmacias y centros de pruebas especializadas a recibir servicios de salud como beneficiarios del plan de Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico. El Gobierno de Puerto Rico contrata a ciertas aseguradoras de servicios de salud para ofrecer cubierta de forma exclusiva en ciertas regiones de la Isla. Los procesos de contratación de estas aseguradoras inciden sobre los servicios provistos a los pacientes cubiertos, el costo en los servicios de salud que subsidia el estado, así como en la política pública del estado sobre los servicios de salud. A tales fines, el Senado de Puerto Rico entiende necesario realizar una minuciosa investigación que incluya los procesos de contratación del Gobierno de Puerto Rico de las aseguradoras de servicios de salud, incluyendo el costo, la idoneidad, control del mercado, beneficios para el estado y los pacientes, así como todos aquellos aspectos que incidan sobre los procesos de contratación, costos y servicios.

Por otro lado, en aquellos casos en que el paciente es beneficiario del plan de Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico, el importe de estos servicios se le factura a la Administración de Seguros de Salud (ASES) quien contrata con un administrador (“Third Party Administrator” o TPA), el cual analiza y canaliza las reclamaciones de los distintos proveedores

de servicios de salud en el área. Bajo este modelo de contratación directa, el cual se hizo posible por virtud de las enmiendas que se aprobaron en el año 2002 y 2003 a la Ley Núm. 72 de 1993, para poder proceder con los pagos ASES necesita que el TPA procese y valide las reclamaciones anteriores.

A través de los años proveedores de salud han reclamado que las aseguradoras utilizan alegadamente tácticas dilatorias obstaculizando irrazonablemente el pago a los IPAs y a los proveedores de servicios de salud, por servicios prestados a los pacientes, ocasionándoles pérdidas económicas y hasta obligando a cancelar o no renovar contratos debido a la inconsistencia recurrente en los pagos. Esta situación afecta grandemente a los pacientes pues tiene el efecto a largo plazo de ir reduciendo la accesibilidad y disponibilidad de proveedores y servicios de salud, lo cual nos preocupa grandemente.

Según, se alega algunos TPA, se han caracterizado por adjudicar erróneamente reclamaciones, tardanzas injustificadas en la entrega de informes e informes incompletos o con información errónea. Del mismo modo, los proveedores de servicios de salud arguyen que cuando han existido controversias con referencia a los informes emitidos por parte de los mismos, se niegan a ser ágiles en responder y rectificar sus errores. Asimismo, algunos luego de culminar su contrato como TPA, alegan que no han terminado de reconciliar el fondo de reserva (IBNR), por lo que ASES no ha podido proceder con el pago final a los IPAs y proveedores de servicios de la salud por los servicios rendidos.

Las actuaciones de algunas aseguradoras, según se alega han ocasionado que varios IPAs y proveedores de servicios de salud inviertan en múltiples recursos humanos y monetarios para poder demostrar fuera de toda duda que ciertamente se ha errado en la información ofrecida, en vez de invertir estos recursos en la salud del Pueblo.

Por otro lado, muchos ciudadanos, se han visto afectados alegadamente al rechazársele cubierta médica por parte de aseguradoras de servicios de salud, utilizando como subterfugio el aumento en la demanda de solicitudes por parte de pacientes previamente asegurados y el riesgo que representa asegurar ciertos pacientes. Resulta prudente investigar los criterios que utilizan las diferentes aseguradoras para acoger bajo su cubierta a un ciudadano que la solicita, independientemente de su estado de salud. Aunque reconocemos la libertad de realizar negocios de las aseguradoras, resulta fundamental evitar el abuso de discreción y el comportamiento arbitrario por parte de las mismas al momento de tomar la decisión si aseguran o no al paciente, de manera que los puertorriqueños no queden desprovistos de una cubierta de salud.

El Senado de Puerto Rico tiene la responsabilidad de investigar el reclamo de los proveedores de servicios de la salud en relación a los procesos de pago de facturas. Lo anterior procura que no exista un desfase entre la responsabilidad primaria del Gobierno de garantizar unos servicios de salud accesibles para todos los ciudadanos y la necesidad de fiscalizar la provisión de los mismos, partiendo de unos criterios de razonabilidad, equidad, y sobre todo justicia entre todos los sectores que componen el andamiaje de los servicios de salud en Puerto Rico. Asimismo es un deber de este Cuerpo velar por que los criterios utilizados por las aseguradoras al determinar si ofrecen cubierta médica no son irrazonables y caprichosos dejando desprotegidos de cubierta médica a miles de puertorriqueños. Esta investigación persigue indagar

sobre la legislación, reglamentación y prácticas de las aseguradoras de servicios de salud en torno a su discreción al momento de determinar si ofrecen cubierta médica.

RESUELVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Para ordenar a las Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas y de Salud del Senado de Puerto Rico realizar un estudio abarcador en torno al proceso de contratación de las aseguradoras médicas por el Gobierno de Puerto Rico, la dilación en el pago a los IPAs (Independent Provider Association) y a los proveedores de servicios de la salud por servicios prestados a los pacientes, las reclamaciones mal adjudicadas, la dilación en la liquidación del fondo de reserva (IBNR), la legalidad de las actuaciones de las aseguradoras de servicios de salud, y el alegado abuso de discreción de las aseguradoras de servicios de salud al determinar si ofrecen cubierta médica a los pacientes y para otros fines.

Sección 2.- Las Comisiones someterán al Senado de Puerto Rico un informe conjunto contentivo de sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones en un término de noventa (90) días, después de aprobarse esta Resolución.

Sección 3.- Esta Resolución entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.