

**SENADO DE PUERTO RICO**

**R. del S. 696**

30 de septiembre de 2009

Presentada por la Señora Soto Villanueva

*Referida a.*

**RESOLUCION**

Para ordenar a las Comisión de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas del Senado a realizar una urgente investigación abarcadora del plan médico “Medicare y Mucho Mas” (“MMM”) en relación a alegadas prácticas de dicho plan para limitar el acceso de sus miembros a los servicios de salud médicamente necesarios; por alegada falta de pago y/o dilación en el pago de dicho plan médico a sus proveedores de servicios de salud; por alegadas reclamaciones mal adjudicadas o adjudicaciones arbitrarias; por practicar la medicina ilegalmente; y por alegadas prácticas monopolísticas.

**EXPOSICION DE MOTIVOS**

Diariamente miles de pacientes acuden a oficinas médicas, laboratorios, farmacias, hospitales y centros de pruebas especializadas a recibir servicios de salud como beneficiarios del plan “Medicare y Mucho Más” (“MMM”), el cual actualmente es el segundo plan privado en Puerto Rico en número de participantes. Ciudadanos han traído quejas al Senado de Puerto Rico alegando que MMM ha adoptado prácticas ilícitas con el propósito de limitar el acceso y racionar los servicios médicos de sus participantes. Dicha práctica sería extremadamente perjudicial para los participantes de dicho plan máxime cuando “MMM” es un plan “Advantage” que se nutre de fondos federales de Medicare y sus beneficiarios son parte de la población de la edad dorada, envejecientes que por lo regular requieren mas más servicios médicos y más servicios especializados que el resto de la población. Además, proveedores se han quejado de que MMM deja de pagar y/o paga tardíamente por los servicios médicos que proveen a los recipientes del plan.

A tales fines, el Senado de Puerto Rico entiende necesario realizar una minuciosa investigación que incluya, pero no se limite a, los procesos de contratación y facturación médica de los proveedores de servicios médicos a MMM; todas las alegaciones de que dicho plan limita a sus participantes el acceso a proveedores de servicios, entre los cuales está la dificultad del acceso a médicos, laboratorios y hospitales a sus participantes; toda alegación de que MMM le paga o bonifica a los médicos por evitar el acceso de sus miembros a servicios especializados y de hospitalización; toda alegación de que MMM no adjudica reclamaciones adecuadamente y alegaciones de que MMM pueda estar incurriendo en un patrón de prácticas monopolísticas.

A través de los años proveedores de salud han reclamado que las aseguradoras utilizan alegadamente tácticas dilatorias obstaculizando irrazonablemente el pago 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, MMM se ha 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.

Por su poder económico, se ha alegado que MMM usa su fuerza para controlar la forma, manera, y momento en el cual se prestan servicios médicos a sus participantes, en ocasiones imponiendo a sus hospitales-proveedores el plan de guardia de los médicos que atenderán sus salas de emergencia con el propósito de que los médicos empleados o contratistas del plan limiten al máximo el acceso de los pacientes a servicios médicos necesario, incluyendo la denegación de hospitalización aunque esta sea necesaria por la condición del paciente.

### **RESUELVESE POR EL SENADO DE PUERTO RICO:**

- 1 Sección 1. - Se ordena a la Comisión de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones
- 2 Públicas del Senado, a realizar un estudio abarcador en torno al proceso de contratación,
- 3 prestación y/o limitación de acceso a servicios médicos de sus participantes, las

1 reclamaciones mal adjudicadas, la dilación en pago por servicios médicos prestados, la  
2 legalidad de las actuaciones de las aseguradoras de servicios de salud, y el alegado control  
3 desmedido de dicho plan que pudiera incidir en práctica monopolísticas en detrimento del  
4 paciente. Se deberá investigar además cualquier intromisión o intento de intervención por  
5 parte de MMM en el tratamiento o cuidado de los participantes.

6 Sección 2.-La investigación a realizarse contará con la información que se obtenga de las  
7 compañías objeto de esta investigación, de sus relacionadas, subsidiarias, matrices, etcétera, de sus  
8 oficiales, agentes o representantes, de los proveedores de servicios médicos, de la asociación o  
9 asociaciones que agrupen a dichas entidades, de la Oficina del Comisionado de Seguros, del  
10 Departamento de Salud, y cualquier otra persona natural o jurídica que la Comisión de Banca,  
11 Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas entienda pertinente o procedente.

12 Sección 3. – La Comisión de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas  
13 del Senado deberán presentar al Senado de Puerto Rico un informe conjunto conteniendo sus  
14 hallazgos, conclusiones y recomendaciones en un término de noventa (90) días, después de  
15 aprobarse esta Resolución.

16 Sección 4. - Esta Resolución entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.