

(P. del S. 1349)
(Conferencia)

LEY

Para añadir un nuevo inciso K al Artículo 6.030 y un nuevo Artículo 6.120 a la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”; añadir un inciso (d) al Artículo 30.080 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, a los fines de establecer un procedimiento expedito para finiquitar las controversias sobre pago a los proveedores de servicios de salud prestados por parte de las aseguradoras, administradores de beneficios de farmacias, entidad u organización de servicios de salud que no hayan sido pagadas por estas, así como disponer que, de no llegar a los correspondientes acuerdos sobre el pago facturado, en un proceso de reconciliación de facturas activo, otorgar la facultad expresa al Comisionado de Seguros para adjudicar de manera sumaria la controversia y establecer la deuda líquida, vencida y exigible a pagarse, si alguna, con los intereses aplicables, así como el proceso de revisión judicial de dicha determinación; facultar al Comisionado de Seguros, a base de los documentos que obren en el expediente de la agencia, el poder dictar órdenes o resoluciones sumarias, sin necesidad de celebrar una vista adjudicativa o procedimiento ulterior, resolviendo ya sean de carácter final o parcial reclamaciones de pago, incluyendo aquellas bajo las disposiciones de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El contexto histórico actual en Puerto Rico evidencia una grave crisis en la prestación de servicios médicos a la ciudadanía que responde, en gran parte, a la falta de incentivos que retribuyan de manera justa los distintos componentes del sistema de salud, así como evitar el éxodo de profesionales médicos y especialistas formados en el país a otras jurisdicciones en busca de justicia salarial acorde a este servicio esencial y las condiciones idóneas de trabajo en el ejercicio de su profesión. Precisamente, según informado, la fuga de médicos principalmente hacia los Estados Unidos ha provocado la reducción a un aproximado de solo nueve mil (9,000) médicos en Puerto Rico, lo cual afecta el acceso a los servicios de salud que constituye un derecho humano básico consustancial a una mejor calidad de vida, la preservación de vida y la dignidad misma del ser humano. Esta es una situación precaria, que se ha discutido en extenso y que se agrava ante los anuncios de cierre de instalaciones hospitalarias por razones de insuficiencia financiera, que también afecta de manera marcada la economía del país por la pérdida de empleos en este sector.

Así, la responsabilidad fundamental de esta Asamblea Legislativa obliga a la consideración y aprobación de enmiendas al marco legal vigente y la política pública actual en el área de la salud para garantizar la prestación eficaz de estos servicios y el óptimo funcionamiento del sistema de salud con parámetros claros en su ejecución. Como se ha planteado consistentemente, el modelo del sistema de salud de Puerto Rico ha posibilitado que las aseguradoras, como entidades con fines de lucro, tengan un control excesivo de los pagos a los proveedores a través de requisitos y procesos burocráticos que aún cuestionan el criterio médico sobre el tratamiento prescrito al paciente, así como los medicamentos recetados en detrimento de su efectividad. Esto, particularmente, en los servicios a las personas adultas mayores que son alrededor de un treinta por ciento (30%) de la población y que continúa en aumento, y otros grupos vulnerables como son los niños y las personas con diversidad funcional.

En menester señalar, que la Ley 30-2023 reconoce esta realidad, estableciendo un procedimiento expedito para finiquitar las controversias de pago a los proveedores de servicios de salud por parte de las aseguradoras en los llamados procesos de reconciliación de facturas que han dilatado por años el cumplimiento de esta obligación y permitido la acumulación de deudas millonarias por servicios médicos prestados a la ciudadanía. Procedimiento de resolución y adjudicación de la procedencia o no de estos pagos, que incluye enmiendas a la Ley 237-2004, según enmendada, conocida como "Ley para Establecer Parámetros Uniformes en los Procesos de Contratación de Servicios Profesionales y Consultivos para las Agencias y Entidades Gubernamentales del Estado Libre Asociado", y a la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud", como parte de los requisitos a las aseguradoras que pretendan contratar con el Gobierno, de manera específica con el Plan de Salud "Vital".

A tenor con lo expuesto, es crucial detallar que este procedimiento expedito dispuesto en la Ley 30-2023, ante, establece un término inicial de treinta (30) días desde que el contratista certifique en la alternativa que se encuentra en un proceso contable activo de reconciliación de facturas y pagos, que podrá extenderse por acuerdo escrito entre las partes a otros veinte (20) días adicionales; y de no culminar dicho proceso en estos plazos se remitirá el asunto al Comisionado de Seguros para que en un plazo no mayor de treinta (30) días adjudique de manera sumaria la controversia y establezca la deuda líquida, vencida y exigible a pagarse, con los intereses aplicables, así como el proceso de revisión judicial de dicha determinación. Proceso en Ley, que se propone extender su aplicación a las controversias de pago a los proveedores de servicios de salud prestados por parte de las aseguradoras, administradores de beneficios de farmacias, entidad u organización de servicios de salud, incluyendo los procesos activos de reconciliación de facturas, no solo como requisito de contratación con el Gobierno a las aseguradoras privadas autorizadas en Puerto Rico, sino como obligación a todas las aseguradoras para atender esta situación de impago millonario por años de servicios prestados por los proveedores que tanto afecta el sistema de salud local.

En este aspecto, se consigna en la Exposición de Motivos de la citada Ley 30-2023, en síntesis, que por virtud del “Código de Seguros de Puerto Rico”, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, se le delegó al Comisionado la facultad, entre otros amplios poderes, de velar para que la administración de la política pública responda a los más elevados criterios de excelencia y eficiencia, que proteja adecuadamente el interés público y atienda las necesidades de los tiempos y a los cambios que ocurran o se anticipen en la industria de seguros y en su reglamentación. Así, el Comisionado puede interponer cualesquiera remedios, acciones o procedimientos legales que fueran necesarios o convenientes para hacer efectivos los propósitos del Código o cualquier ley o reglamento, cuyo cumplimiento o fiscalización le haya sido asignada. En este sentido, se expresa:

“...el Comisionado podrá dictar las órdenes que entienda correspondientes, investigará o examinará las operaciones, transacciones, cuentas, archivos, documentos y capital de cada asegurador autorizado, examinar a cada asegurador no menos de una vez cada cinco (5) años, particularmente, su situación financiera, el contratar auditores competentes que sean necesarios para llevar a cabo los exámenes de situación financiera y, si en el curso de una investigación o examen encuentra que las cuentas se llevan o trasladan indebidamente o son inadecuadas, podrá emplear peritos para reajustarlas, trasladarlas o cuadrarlas, por cuenta de la persona investigada o examinada, si dicha persona hubiere dejado de completar o corregir dicha contabilidad luego de haberle dado aviso y oportunidad para así hacerlo. Específicamente, se le faculta a investigar o examinar las cuentas, archivos, documentos, negocios y operaciones relacionadas con el negocio de seguros de:

- (1) Toda persona que disfrute de una autorización, licencia o permiso debidamente expedido por la Oficina para realizar negocios de seguro;*
- (2) Toda persona que tenga un contrato de administración con un asegurador;*
- (3) Toda persona que posea las acciones del capital social o la delegación de tenedores de pólizas de un asegurador del país con el fin de tener dominio sobre su administración, bien como síndico votante o de otro modo;*
- (4) Toda persona en Puerto Rico que se dedique, intente dedicarse o ayude a la promoción, formación o solvencia de un asegurador o de una corporación que posea o controle la mayoría de las acciones de este;*
- 5) Toda persona o entidad que tenga o haya tenido negocios de seguros y aquellas entidades comerciales o empresas que tengan relación comercial con estas...”*

De igual forma, se consigna que el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, Ley 194-2011, según enmendada, le delega al Comisionado múltiples facultades adicionales, específicamente en la regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo las entidades que ofrecen planes médicos

grupales e individuales. Reiterando a su vez, que la facultad de la Asamblea Legislativa en asuntos que representen un alto interés para el pueblo, específicamente en el área de salud pública, es amplia y acorde a las responsabilidades delegadas por la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y la jurisprudencia interpretativa, tanto local como federal.

Por todo lo cual, conforme al deber y compromiso de identificar mecanismos que posibiliten que el sistema de salud local cumpla cabalmente su función a favor de la ciudadanía para la garantía de servicios médicos accesibles, en las mejores instalaciones y por los profesionales de calidad que aquí se forman y hoy se ven forzados a emigrar, se propone extender la aplicación del procedimiento expedito dispuesto en la Ley 30-2013, *supra*, para la determinación del pago a proveedores por servicios médicos prestados a todas las aseguradoras privadas que también utilicen el mecanismo de reconciliación de facturas. Obligación en Ley para resolver estas controversias de manera concreta entre las partes o en ausencia de acuerdo, mediante la determinación que emita el Comisionado de Seguros, sujetas a procesos de apelación ante los tribunales del país, como parte del debido proceso de ley.

En adición, porque estos procesos expeditos de resolución para determinar la procedencia de pago de facturas por servicios médicos prestados, no solo se justifican dentro de la situación crítica actual por la que atraviesa el sistema de salud local, sino porque es tiempo de atajar estas prácticas que pueden convertirse en dilaciones injustificadas u obstáculos de riesgo para no honrar el pago a estos profesionales que no deben sufrir de esta incertidumbre. Esto, como parte de una política pública robusta cuyo fin primario es lograr que todos los puertorriqueños tengan mejores servicios de salud, así como fortalecer, promover un mayor crecimiento, optimizar y asegurar el pleno desarrollo del sistema de salud en forma integral a todos los componentes.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Añadir un nuevo inciso K al Artículo 6.030 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

“Artículo 6.030. – Definiciones.

Para los fines de este Capítulo:

- A. “Auditor de reclamaciones cualificado” significa...
- B. “Auditoría de reclamaciones” significa...
- C. “Sobrefacturación” o “cargos no documentados” significa...
- D. “Cargos no facturados” significa...
- E. “Cargos subfacturados” significa...
- F. “Centro de cirugía ambulatoria” significa...
- G. “Expediente clínico” significa...

H. "Proveedor" significa...

I. "Reclamación final" significa...

J. "Reclamante" significa...

K. "Resolución o Determinación de Facturas y Pagos" significa el procedimiento expedito para la debida resolución y determinación de controversias de pago por las aseguradoras, administrador de beneficios de farmacias, entidad u organización de servicios de salud de toda obligación contractual o factura por servicios médicos y dentales prestados por los proveedores que no haya sido pagada. Estas también incluyen aquellas que se encuentren en un proceso de reconciliación de facturas activo al amparo del Capítulo 30 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada."

Sección 2.- Añadir un nuevo Artículo 6.120 a la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 6.120.- Procedimiento Expedito para Resolución y Determinación en Procesos de Reconciliación de Facturas y Pagos.

Se establece la facultad del Comisionado para la creación de un procedimiento expedito para la Resolución o Determinación de Facturas y Pagos al amparo del Capítulo 30 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, para que cualquier obligación contractual o factura de servicios prestados por proveedores que conlleve el pago de una cantidad de dinero que no haya sido pagada por una aseguradora, administrador de beneficios de farmacias, entidad u organización de servicios de salud por concepto de servicios médicos y dentales, o de cualquier otra naturaleza, quede sujeta a las siguientes etapas y condiciones para su debida resolución y determinación:

1. Se establece que toda aseguradora, administrador de beneficios de farmacias, entidad u organización de servicios de salud autorizada a operar dentro de la jurisdicción de Puerto Rico enviará cada treinta (30) días al Comisionado de Seguros un Reporte que contenga las facturas que dentro de los remedios establecidos en el Capítulo 30 de la Ley Núm. 77, supra, se haya otorgado una clasificación de que no procede el pago de la factura sometida por el proveedor por parte de dicha aseguradora, administrador de beneficios de farmacias, entidad u organización de servicios de salud y la razón para esa determinación de no pago, así como aquellas que se encuentren en un proceso de reconciliación de facturas activo al amparo del Capítulo 30 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada.
2. El Comisionado, una vez recibido el reporte establecido en el inciso 1 de este Artículo, de entenderlo pertinente, podrá requerirle información adicional tanto al proveedor que sometió la factura como a la aseguradora, administrador de beneficios de farmacias, entidad u organización de servicios de salud que sometió dicha certificación que explique los motivos para la determinación de no

pago o del proceso de reconciliación activo de la factura sometida para pago por el proveedor. Una vez recibida la información del reporte establecido en el tiempo requerido al Comisionado o de cualesquiera de las partes en la solicitud de información adicional, el Comisionado en un término no mayor de treinta (30) días adjudicará de manera sumaria la controversia y establecerá la deuda líquida, vencida y exigible a pagarse, si alguna, con los intereses aplicables a las deudas no pagadas. No obstante a esto, si el Comisionado, una vez recibido el reporte o dentro del término de tiempo requerido por este para la entrega de información adicional se le remite una certificación de que las partes en controversia se encuentran en un proceso de dialogo para lograr la resolución de las facturas no pagadas, el Comisionado podrá brindar un término adicional no mayor de treinta (30) días para que las partes puedan resolver dicha controversia. De no culminar dicho proceso en el plazo anteriormente señalado, el Comisionado de Seguros, adjudicará de manera sumaria la controversia, según se establece en este Artículo.

3. De dicha determinación, la parte adversamente afectada podrá presentar un recurso de revisión fundamentado en el Tribunal Apelaciones, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de esta. El mismo término tendrá una parte afectada para recurrir al Tribunal Supremo en certiorari de la sentencia emitida por el Tribunal de Apelaciones.
4. El Tribunal Supremo y el Tribunal de Apelaciones, respectivamente, tendrán un término de diez (10) días para resolver el caso ante su consideración."

Sección 3.- Notificación de Procesos de Reconciliación Anteriores.

Los aseguradores, administradores de beneficios de farmacias, entidades u organizaciones de servicios de salud tendrán un término improrrogable de noventa (90) días contados a partir de la aprobación del reglamento requerido al amparo de esta Ley para enviar los reportes requeridos iniciales a la Oficina del Comisionado de Seguros. Esto independiente a los reportes requeridos cada treinta (30) días a estos fines, de conformidad con lo dispuesto en esta Ley, así como aquellos reportes adicionales en el término de tiempo que el Comisionado de Seguros les requiera. A partir de dicha notificación inicial, se activarán los términos y el proceso establecido en el Artículo 6.120 a la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico".

Sección 4.- Se añade un inciso (d) al Artículo 30.080 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 30.080.- Facultades y Deberes del Comisionado.

A fin de asegurar el cumplimiento de las disposiciones de esta Ley, el Comisionado tendrá las siguientes facultades y deberes:

- (a) ...

(b) ...

(c) ...

(d) Órdenes o Resoluciones Sumarias - El Comisionado de Seguros, a base de los documentos que obren en el expediente de la agencia, podrá dictar órdenes o resoluciones sumarias, sin necesidad de celebrar una vista adjudicativa o procedimiento ulterior, resolviendo ya sean de carácter final o parcial, reclamaciones de pago bajo las disposiciones de esta Ley. La orden o resolución sumaria deberá incluir y exponer separadamente las determinaciones de hecho y conclusiones de derecho que fundamentan la adjudicación y disponibilidad del recurso de reconsideración o revisión judicial, según sea el caso."

Sección 5.- Reglamentación.

La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico tendrá un plazo de sesenta (60) días desde la aprobación de esta Ley para adoptar o atemperar la reglamentación, órdenes y directrices a estos fines.

Sección 6.- Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.