

Código de Seguros; Enmiendas

Ley Núm. 138-2020

1 de septiembre de 2020

(P. de la C. 2583)

Para enmendar los Artículos 30.020, 30.030, 30.040 y 30.050 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, y el Artículo 6 de la Ley 5-2014, según enmendada, conocida como “Ley para Establecer la Política Pública del ELA Relacionada con la Interpretación de las Disposiciones del Código de Seguros de Salud y Emitir Prohibiciones”, a los fines de agilizar el proceso de adjudicación y pago de las reclamaciones sometidas por los proveedores de servicios de salud a las aseguradoras; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Gobierno de Puerto Rico tiene la responsabilidad ineludible de garantizar el acceso a los servicios de salud y velar por el ofrecimiento eficiente de los mismos. Cónsono con la política pública de procurar servicios de salud ágiles, accesibles y eficaces a los puertorriqueños, y de retener a nuestros profesionales de la salud para que nuestra gente reciba servicios de calidad, el Gobierno reguló la relación asegurador y proveedor de servicios de salud mediante la Ley 150-2011, conocida como “Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud”. Dicha ley se incorporó a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, para promover el pago puntual de las reclamaciones hechas por proveedores de salud a las compañías aseguradoras. Bajo las disposiciones de la antedicha ley, una aseguradora tiene un período de treinta (30) días a partir del recibo de la reclamación para realizar el pago al proveedor de salud, siempre y cuando la reclamación constituya una factura limpia (clean claim).

La experiencia, luego de la implementación de dicha ley, demuestra que el pago puntual que pretende no se satisface, ya que, constantemente, surgen controversias con relación al significado y contenido de lo que es una factura limpia. Las discrepancias existentes sobre el contenido de la factura limpia y la interpretación del concepto por las aseguradoras han provocado que la finalidad de la Ley se derrote al no promoverse el pago dentro del término establecido para ello porque, en muchos casos, la aseguradora rechaza una factura que el proveedor entiende que es limpia debido a deficiencias creadas por normas establecidas por la propia aseguradora.

A tales fines, esta legislación tiene el propósito de definir, de forma estandarizada, el concepto de factura limpia, haciéndolo obligatorio y vinculante para todo contrato entre aseguradora y proveedor de servicios de salud, proveyendo términos precisos y claros sobre el contenido mínimo que conforma la factura limpia. Esta medida provee para que una vez presentada ante la aseguradora una factura con el contenido mínimo establecido en ley, se vea en la obligación de pagarla dentro del término de pago puntual establecido.

A los fines de agilizar el pago de las aseguradoras a los proveedores de salud, se uniforma el término de treinta (30) días para el pago de la totalidad de la reclamación, tanto para las reclamaciones procesables para pago como para las reclamaciones no procesables para pago.

Por otro lado, es meritorio diferenciar los conceptos “pago” y “adjudicación”, ya que, en el ejercicio contable de las aseguradoras, al adjudicar como pagada una factura limpia que se le presenta, la aseguradora valida que la factura fue revisada y hallada conforme al procedimiento establecido. Sin embargo, la adjudicación no siempre equivale al pago efectivo de la reclamación pendiente al proveedor. En la mayoría de los casos, la aseguradora da por cumplida la “Ley de pago puntual” por el mero hecho de adjudicar la reclamación dentro del término de treinta (30) días sin que necesariamente conlleve el pago. Esta práctica perjudica al proveedor de salud al retrasar, sustancialmente, el recibo de la compensación por servicios ya prestados. Por lo tanto, esta enmienda persigue evitar que la aseguradora considere como pagada una reclamación pendiente del proveedor mediante el mecanismo de adjudicación, lo que provoca dilación en el pago a proveedores de salud por servicios prestados.

A los fines de lograr la agilización del pago por las aseguradoras a los proveedores de salud por servicios prestados, se enmienda la Ley 5-2014, según enmendada, conocida como “Ley para Establecer la Política Pública del ELA Relacionada con la Interpretación de las Disposiciones del Código de Seguros de Salud y Emitir Prohibiciones”, para esbozar unas guías más claras con el propósito de que los reglamentos que se promulguen sobre los procesos de revisión de utilización para los servicios médico-hospitalarios sean más precisos y eficientes. La revisión de utilización es un mecanismo establecido en consonancia con las leyes federales y estatales que dispone que las aseguradoras, tanto públicas como privadas, únicamente deben pagar por los servicios médico-hospitalarios prestados en atención a la necesidad médica real del paciente, debidamente documentada por el profesional a cargo de su cuidado. La revisión de utilización es, por tanto, un prerequisite indispensable para que el proveedor pueda facturar por sus servicios.

Por último, se establece la obligación ineludible de la aseguradora de proveer los medios necesarios y los procesos apropiados para que, bajo ninguna circunstancia, la revisión de utilización tarde en realizarse más de cuarenta y ocho (48) horas luego de provisto el servicio al paciente. En el caso de los hospitales, las aseguradoras deberán tener los recursos adecuados para la revisión concurrente de los casos hospitalizados y proveerá los mecanismos para que la revisión concurrente de la hospitalización culmine con la revisión del expediente del paciente en la misma fecha del alta. En ningún caso se permitirá que más del veinticinco por ciento (25%) de la revisión de utilización hospitalaria corresponda a revisión retrospectiva. Además, se enfatiza que las guías de revisión clínica utilizadas en el proceso de revisión de utilización no podrán ser sustituidas por la discreción médica a la hora de proveerle los servicios de salud a nuestros pacientes, siempre y cuando se ofrezcan dentro de los estándares reconocidos por la comunidad médica.

Por último, dada la reciente aprobación de la “Ley para el uso de la Telemedicina y la Telesalud en Puerto Rico”, Ley 68-2020, para efectos de facturación, se considerará en todo momento una consulta por telemedicina como una consulta presencial. De igual forma, hacemos constar que todas las disposiciones de esta Ley deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema y no será de aplicación a aquellas instancias en que el Congreso de Estados Unidos haya ocupado el campo.

Esta Asamblea Legislativa entiende que es imperativo adoptar lo aquí propuesto en ánimo de brindar mayor estabilidad al sistema de salud, agilizar el pago puntual a los profesionales de la salud y procurar los mejores servicios de salud para nuestros pacientes.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.-Se enmienda el Artículo 30.020 del Capítulo 30 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 30.020.- Definiciones:

A los fines...

(a) “Asegurador”: Significa entidad dedicada al negocio de otorgar contratos de seguros, según se define en este Código, incluyendo las entidades que participan en el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

...

(g) “Organización de Servicios de Salud”: significa cualquier persona, incluyendo a los PBMs, PBAs, o entidades afines que ofrezca o se obligue a proveer, a uno o más suscriptores de planes de cuidado de salud, conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como: “Código de Seguros de Puerto Rico”, incluyendo las entidades que participan en el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

...

(i) Factura limpia (clean claim): es aquella que no tiene ningún defecto, impropiedad o circunstancia especial, como por ejemplo, la falta de documentación necesaria que atrase el pago a tiempo de la misma. Un proveedor participante someterá una reclamación limpia, proveyendo la data requerida en formas estándares de reclamación, diseñadas para estos propósitos por el Centro para Servicios de *Medicare* y *Medicaid* (CMS, por sus siglas en ingles), y donde se adjunta cualquier información, evidencia de servicio o revisiones que el proveedor tenga conocimiento. Las reclamaciones de servicios de hospitalización y servicios de facilidades hospitalarias se presentan en el formulario CMS-1450 (UB-04) y las reclamaciones por servicios médicos y profesionales individuales se someten en el formulario CMS-1500. Mientras que las reclamaciones por servicios dentales se presentarán haciendo uso del formulario J515 aprobado por la *American Dental Association* (ADA). De igual forma, un Asegurador u Organización de Servicios de Salud, incluyendo las aseguradoras participantes del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, deberán reconocer, en todo momento, la factura de consultas por telemedicina como si fueran consultas presenciales y pagarlas como tal. Para que una reclamación se considere limpia debe cumplir con todos los elementos requeridos por el Centro para servicios de *Medicare* y *Medicaid* (CMS) o con la *American Dental Association* (ADA), según corresponda. Solo mediante contrato, un Asegurador u

Organización de Servicios de Salud puede exigir documentación adicional para ser incluida en la factura de servicio y esta documentación tiene que ser específica y haber sido anunciado por adelantado. Bajo ninguna circunstancia un Asegurador u Organización de Servicios de Salud debe exigir documentación que frustre los propósitos e intención de esta Ley.

La facturación por servicios de salud difiere con dependencia en el tipo de servicio prestado, el cual puede ser hospitalario, médico, ancilar o ambulatorio. En atención a lo anterior, se ordena a la Oficina del Comisionado de Seguros que, mediante reglamento, defina los criterios mínimos de contenido de cada tipo de factura, de manera que se delimite, apropiadamente, el contenido mínimo de cada tipo de factura limpia (clean claim), según el tipo de servicio prestado. En todo caso en el cual un proveedor someta una factura que contenga dicho contenido mínimo según definido por el reglamento antedicho, la aseguradora deberá considerarla como una factura limpia y procederá con el pago según dispuesto en esta Ley.”

Sección 2.-Se enmienda el Artículo 30.030 del Capítulo 30 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 30.030.- Término para el Pago de Reclamaciones.

El proveedor participante deberá someter sus reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los mismos, y el Asegurador u Organización de Servicios de Salud está obligado a pagar en su totalidad toda la reclamación, procesable y no procesable para pago dentro del término de treinta (30) días calendario, a partir de la fecha en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud reciba la misma, según se establece más adelante en los Artículos 30.040 y 30.050 respectivamente.

En el caso...

Luego de transcurridos los términos antes indicados, no serán aplicables a dichas reclamaciones las disposiciones de esta Ley. Disponiéndose que no se interpretará que el término uniforme establecido dejará sin efecto aquellos términos menores que puedan aplicar al pago de reclamaciones por servicios prestados de acordarse por libre contratación con otros términos alternos de pago. Si un proveedor no radica sus reclamaciones y/o facturas dentro del término establecido en esta Ley, solo perderá los beneficios que esta Ley confiere y bajo ninguna circunstancia ello representará que el proveedor pierde su derecho de pago sobre estas reclamaciones.”

Sección 3.-Se enmienda el Artículo 30.040 del Capítulo 30 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 30.040.- Reclamaciones Procesables para Pago.

Los proveedores participantes...

a) ...

d) constituye una factura limpia o *clean claim*

Si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud no notifica objeción alguna a una reclamación de pago dentro del término de quince (15) días, conforme con el Artículo 30.050 de esta Ley, se entenderá que dicha reclamación es procesable para pago.

...”

Sección 4.-Se enmienda el Artículo 30.050 del Capítulo 30 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 30.050.- Reclamaciones No Procesables para Pago.

El Asegurador u Organización de Servicios de Salud notificará a los proveedores participantes, por escrito o por medios electrónicos, aquellas reclamaciones que no sean procesables para pago dentro del término de quince (15) días calendario, luego de recibida la reclamación. La notificación indicará claramente las razones por las cuales el Asegurador u Organización de Servicios de Salud considera que la reclamación no es procesable para pago, indicando los documentos o información adicional que deba someterse para que pueda procesarse. Aquella reclamación que se notifique al proveedor como no procesable para pago no podrá ser catalogada como procesada y adjudicada por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud.

Dentro de los siguientes diez (10) días de haber recibido la notificación del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, el proveedor participante deberá responder la misma. La omisión a ello se entenderá como una admisión a los señalamientos notificados. Una vez el proveedor participante someta la información o documentación requerida, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá proceder al pago de la reclamación dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la información o documentación. En ninguna circunstancia, la adjudicación y el pago de la totalidad de la reclamación no procesable para pago podrá exceder el término de treinta (30) días calendario. Solo cuando el proceso del Asegurador u Organización de Servicios de Salud haya culminado en el pago de la totalidad de toda reclamación, sea procesable o no procesable para pago, podrá contabilizarse la misma como procesada y adjudicada.

Aquella reclamación o parte de la reclamación no objetada por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, dentro del término de cinco (5) días antes indicado, se considerará una reclamación procesable para pago. Dicho acto conlleva la no interrupción del término antes indicado de treinta (30) para la adjudicación y el pago de toda reclamación, sea procesable o no procesable para pago. La notificación errónea de reclamaciones no

procesables no interrumpirá el término de los treinta (30) días para la adjudicación y el pago de toda reclamación, debiendo proceder el Asegurador u Organización de Servicios de Salud a pagar la cantidad reclamada más los intereses, según lo dispuesto en el Artículo 30.070 de esta Ley.

Ningún...

Se considerará debidamente sometida para adjudicación y pago por parte del proveedor participante toda factura provista al Asegurador u Organización de Servicios de Salud dentro del término establecido por el contrato entre las partes. Se dispone, sin embargo, que si la factura no es adjudicada y pagada dentro del término indicado por esta Ley por motivo de defecto en el contenido u otras razones no atribuibles al proveedor participante, y este se ve obligado a volver a someter una factura enmendada o la factura originalmente sometida, no correrá contra el proveedor participante ningún término provisto en el contrato que perjudique su derecho al pago de la factura, ya que el término para radicar, adjudicar y pagarla se entenderá, en todo caso, perfeccionado con la radicación original de dicha factura dentro del término establecido por el contrato para esa radicación original.”

Sección 5.-Se enmienda el Artículo 6 de la Ley 5-2014, según enmendada, conocida como “Ley para Establecer la Política Pública del ELA Relacionada con la Interpretación de las Disposiciones del Código de Seguros de Salud y Emitir Prohibiciones”, para que lea como sigue:

“Artículo 6.- Reglamentación y Multas Administrativas.

El Procurador...

Además, se ordena a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico a reglamentar los procesos de revisión y utilización conforme a los estándares nacionales de los Estados Unidos de América, incluyendo las entidades que participen en el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, utilizando los siguientes principios:

- a) La revisión de utilización debe completarse en un periodo no mayor de cuarenta y ocho (48) horas luego de provisto el servicio;
- b) No está permitida la utilización de los remedios extraordinarios de revisión retrospectiva como medio para provocar la denegación de pagos por servicios realmente prestados al paciente;
- c) Toda compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, vendrá obligado a proveer recursos necesarios y capacitados en el proceso de revisión. O sea, el proceso de revisión entre la compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico tendrá que ser hecha por un homólogo clínico al profesional de la salud quien determinó la necesidad médica del servicio.

- d) Los criterios de revisión clínica esbozados en la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, solo constituirán guías de referencia para el profesional de la salud a la hora de proveer los servicios de salud necesarios para el paciente. El criterio rector para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de salud provistos al paciente será la discreción médica, siempre y cuando sea conforme al estándar de cuidado razonable exigible ante las circunstancias particulares de cada paciente, en consideración a los conocimientos contemporáneos, las normas generalmente aceptadas por la práctica médica, y a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza. Cuando se tratase de servicios de salud para el cáncer, se autorizará mediante una sola evaluación la totalidad del protocolo clínico generalmente aceptado por la clase médica oncológica para cada condición de cáncer diagnosticada. Por tal motivo, los criterios de revisión clínica no sustituirán la discreción médica, en las circunstancias provistas anteriormente, para determinar la necesidad médica real del paciente en el proceso de revisión de utilización requerido para facturar los servicios prestados por el profesional de la salud o proveedor. Esta reglamentación que se le exige a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico no incluirá lenguaje limitando el foro al cual puede acudir el proveedor que entienda que se han violado las disposiciones de esta Ley, permitiéndole así, poder escoger el foro administrativo o el foro judicial para presentar su reclamo.”

Sección 6.-Separabilidad.

Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de la misma que así hubiere sido anulada o declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia de cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley fuera invalidada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a aquellas personas o circunstancias en las 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, aunque se deje sin efecto, anule, invalide, perjudique o declare inconstitucional alguna de sus partes, o aunque se deje sin efecto, invalide o declare inconstitucional su aplicación a alguna persona o circunstancia.

Sección 7.-Supremacía.

Las disposiciones de esta Ley prevalecerán sobre cualquier otra disposición general o específica de cualquier otra ley o reglamento del Gobierno de Puerto Rico que sea inconsistente con esta Ley. Esta Ley ha de ser compatible con las leyes y las reglas federales

vigentes y aplicables. En caso de conflicto, las leyes y la reglamentación federal aplicable tendrán preeminencia y aplicará plenamente en Puerto Rico como en cualquiera de los estados de los Estados Unidos.

Sección 8.-Aplicación Prospectiva.

Las disposiciones de esta Ley serán de aplicación prospectiva y no menoscabarán ninguna obligación contractual contraída con anterioridad a la presente Ley.

Sección 9.-Vigencia.

Esta Ley entrará en vigor noventa (90) días después de su aprobación.