

COMISION DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
7011-107-9 P 6:36

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

7011-107-9 P 6:36

19^{na} Asamblea
Legislativa

4^{ta} Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

INFORME

P. de la C. 1085

9 de noviembre de 2022

A LA CÁMARA DE REPRESENTANTES:

La Comisión de Salud de la Cámara de Representantes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, previo estudio y consideración de la misma, tiene a bien someter su Informe con relación al Proyecto de la Cámara 1085, **recomendando su aprobación sin enmiendas.**

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto de la Cámara 1085, según radicado, pretende añadir un nuevo inciso M y redesignar el actual inciso M, como N al Artículo 2.050 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, mejor conocida como el Código de Seguros de Salud Puerto Rico, a los fines de que los planes médicos del mercado individual que actualmente están cobijados bajo la política de transición promulgada en noviembre de 2013 por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos puedan renovarse de manera indefinida y establecer requisitos.

De la Exposición de Motivos de la medida se desprenden los siguientes asuntos:

Se indica en la misma que el acceso, amplio e ininterrumpido, a servicios de salud para toda la ciudadanía es una prioridad de política pública de todo gobierno. Este ha sido un reto del más alto orden, tanto a nivel del Gobierno de Puerto Rico, como del gobierno federal. Por tal razón, resulta imprescindible asegurar que todo nuestro ordenamiento jurídico aplicable sea cónsono con dicho objetivo y, a su vez, velar que aquellos sectores de la población con menor poder adquisitivo no se queden rezagados en también alcanzar tan loables objetivos.

Se plantea en la Exposición de Motivos que, en aras de atender tan importantes retos en el campo de la salud, el 23 de marzo de 2010, se firmó la Ley Pública 111-148, conocida como el "Patient Protection and Affordable Care Act". Al comenzar el proceso de implementación de esta ley, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos entendió necesario adoptar una política transitoria para permitir la renovación de ciertos planes médicos del mercado individual y de grupos pequeños, aun cuando éstos no cumplieran con ciertas disposiciones de dicha ley. Esta decisión de política pública se fundamentó con el propósito de hacer valer la promesa que se hizo al momento de legislar el "Affordable Care Act", a los fines de que aquellas personas o grupos pequeños de asegurados que estuviesen satisfechos con su plan médico iban a poder tener derecho de así retenerlo.

Se trae a la atención en la Exposición de Motivos que el tiempo ha demostrado que muchos de estos planes (seguros de salud) resultan ser más económicos que los planes metales del "Affordable Care Act", mientras atienden de manera muy satisfactoria las necesidades de un sector de la población que no puede pagar primas más caras. Hasta el presente, la Oficina del Comisionado de Seguros ha emitido diversas cartas normativas para extender esta política de transición promulgada y extendida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Sin embargo, dicha agencia federal no se ha expresado sobre extensiones adicionales al período de transición, lo cual causa mucha incertidumbre y ansiedad ante un sector de asegurados en Puerto Rico que de otra manera estarían carentes de opciones viables en lo que respectan sus planes médicos.

Para atender este asunto, se plantea en la Exposición de Motivos de la medida es la intención específica de esta legislación, atender a las necesidades de la población, y permitir la renovación automática, elevando las cartas normativas antes mencionadas, al Código de Seguros de Salud. Lo anterior, con el objetivo de proteger responsablemente al consumidor de servicios de salud puertorriqueño. Por lo tanto, la Asamblea Legislativa entiende necesario que nuestro ordenamiento jurídico haga permanente la promesa de asegurar que ningún ciudadano estadounidense residente en Puerto Rico, se vea privado de servicios de salud por razón de su alto costo.

Luego de expresada la intención del Proyecto de la Cámara 1085, la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes para el análisis de la medida contó con los Memoriales Explicativos de:

1. **Oficina del Comisionado de Seguros**
2. **ACODESE**

En adición, para que todos los legisladores y legisladoras puedan tomar una determinación informada de lo expuesto en este Informe; irrespectivo de que pertenezcan o no a nuestra Comisión de Salud; hemos plasmado un resumen de las posiciones de las agencias y entidades no gubernamentales antes mencionadas, las cuales son las siguientes:

A. Oficina del Comisionado de Seguros

La Oficina del Comisionado de Seguros, (en adelante "el Comisionado"), expresa que, según se desprende de la Exposición de Motivos del Proyecto, al comenzar el proceso de implementación de la Ley Pública 111-148, conocida como el "Patient Protection and Affordable Care Act" (ACA), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos adoptó una política de transición mediante la cual se permitió la renovación de ciertos planes médicos del mercado individual y de grupos pequeños, aun cuando éstos no cumplieran con algunas de las disposiciones de la referida ley y de sus disposiciones incorporadas a la "Public Health Service Act" (PHSA).¹

El Comisionado indica que esto se hizo con el objetivo de que aquellas personas o grupos pequeños de asegurados que estuviesen satisfechos con su plan médico pudiesen tener derecho a retenerlo por un periodo de tiempo adicional. Según se expresa en la Exposición de Motivos, muchos de esos planes médicos (seguros de salud) de transición resultan más económicos que los planes médicos metálicos establecidos por la ACA; y además atienden de manera satisfactoria las necesidades de un sector de la población que no puede pagar altos costos de primas.

El Comisionado plantea que la política de transición establecida por HHS, adoptada por la OCS por medio de la emisión de cartas normativas cada año y hasta el presente, permite la renovación por un periodo adicional de ciertos planes médicos individuales y de grupos pequeños, siempre y cuando cumplan con las directrices

¹La OCS adoptó inicialmente dicha política de transición mediante la Carta Normativa CN-2013-161-D de 18 de noviembre de 2013, la cual ha sido extendida hasta el presente. Véase, Carta Normativa CN-2022-314-AS del 5 de abril de 2022. Las Cartas Normativas de la OCS que anteceden la normativa vigente establecida en la Carta Normativa CN-2022-314-AS extendiendo el periodo de transición son: CN-2014-178-D, CN-2014-185-D, CN- 2016-198-AS, CN-2018-238-AS, CN-2019-250-AS, CN-2020-263-AS, CN-2021-293-AS.

establecidas por HHS.³ Dentro de las directrices establecidas se encuentra el requisito de que los planes médicos que se renueven bajo la política de transición cumplan con todas aquellas disposiciones de la ACA y de la PHSA que no fueron exceptuadas por dicha política. Ante la incertidumbre y ansiedad que causa a los asegurados la expectativa sobre si HHS o la OCS emitirán extensiones adicionales al periodo de transición que les permita mantener su plan médico, con el propósito de atender las necesidades de un sector de asegurados carentes de opciones de planes médicos viables, el Proyecto en su inciso M propone incorporar en ley la renovación de los planes médicos de transición del mercado individual de manera indefinida sujeto al cumplimiento de las directrices contenidas en la ley. Sin duda el Proyecto procura dar certeza a esta población que cada año vive con la incertidumbre de si podrán mantener su plan médico y cubierta preferida al precio acostumbrado.

El Comisionado reconoce la intención encomiable detrás del Proyecto. El mismo fomenta la disponibilidad de planes médicos a parte de la población que no cuenta con los medios económicos para sufragar los planes médicos metálicos ACA. El Proyecto garantiza la disponibilidad de dicha cubierta y costo, lo que aporta a dar tranquilidad a los asegurados que contarían con la certeza de saber que cuentan con dicha alternativa de plan médico. A su vez, reconoce el objetivo que busca el Proyecto de mantener un mercado de salud versátil y capaz de adaptarse a las nuevas exigencias del ordenamiento jurídico, procurando que cada persona de nuestra población pueda tener acceso a la cubierta de un plan médico. Sin embargo, para la consideración de una extensión indefinida a la política de transición establecida por HHS es necesario que se tomen en consideración tanto las disposiciones del Código como las de la ACA que son aplicables. A esos efectos, es importante recalcar que existen diferencias entre los planes médicos para el mercado individual que este Proyecto aborda específicamente y los planes médicos para el mercado de grupos pequeños.

El Comisionado explica que el 16 de julio de 2014, el Departamento de Salud Federal (HHS), emitió una comunicación con la que eximió a Puerto Rico de ciertas disposiciones de la ACA. En específico, HHS otorgó al Gobierno de Puerto Rico discreción en cuanto aplicabilidad de las disposiciones de la ACA al mercado de planes médicos individuales, excepto en cuanto a las siguientes disposiciones: Sección 2701 de la PHSA ("community rating"), Sección 2702 de la PHSA ("guaranteed availability"), Sección 1312(c) de la ACA ("single risk pool"), Sección 2794 de la PHSA ("rate review"), Sección 2718 de la PHSA ("medical loss ratio") y Sección 2707 de la PHSA ("essential health benefits").

Con la determinación de exclusión notificada por HHS, el Comisionado explica que se le dio mayor flexibilidad a Puerto Rico, en ciertas áreas específicas, para que la implementación de la reforma de salud fuera de una manera más cónsona con nuestra realidad y se pudiera adaptar mejor a las necesidades y leyes que imperan en Puerto

Rico. No obstante, entre las disposiciones cuyo cumplimiento se pospuso mediante la política de transición establecida por HHS, se encuentran varias disposiciones de la ACA que los planes médicos de grupos pequeños vienen obligados a dar cumplimiento y de las cuales HHS mantuvo su aplicación mediante la carta del 16 de julio de 2014. Dichas secciones son las Secciones 2703, 2704, 2705, 2706 y 2709 de la PHSA. En caso de que HHS determine no extender nuevamente su política de transición, los planes médicos del mercado de grupos pequeños vendrían obligados a cumplir con dichas disposiciones de la ley federal y los planes médicos en transición para ese mercado no podrían ser renovados.

Ello así, el Comisionado comenta que cualquier enmienda al Código que exima indefinidamente del cumplimiento con las disposiciones de la ACA aplicables al mercado de grupos pequeños podría entrar en conflicto con la ley federal de ACA y, como resultado, adolecer de invalidez. Por consiguiente, la extensión del periodo de transición para el mercado de grupos pequeños queda supeditada a la determinación anual que HHS realice a tales efectos. En el caso de los planes médicos del mercado individual no existe tal limitación, toda vez que las disposiciones de la ACA, según determinado por HHS, no aplica al mercado de planes médicos individuales en Puerto Rico.

En vista de lo anterior, el Comisionado indica que acoge favorablemente la renovación de manera indefinida bajo el periodo transitorio propuesto en este Proyecto, toda vez que se dispone únicamente su aplicación a los planes médicos del mercado individual sujeto las condiciones establecidas en la política de transición de HHS y adoptadas por la OCS. De conformidad con la política de transición, para que dichos planes médicos individuales en transición puedan renovarse deberán cumplir con las directrices:

1. La renovación no es aplicable a nuevas suscripciones que hayan ocurrido en o después del 1 de enero de 2014.
2. Cada renovación deberá incluir la notificación compulsoria requerida por HHS y adoptada por la OCS.
3. Cumplimiento con las disposiciones de la ACA y de la PHSA, excepto con las siguientes:
 - Sección 2701 de la PHSA - "Fair Health Insurance Premiums"
 - Sección 2702 de la PHSA - "Guaranteed Availability of Coverage"
 - Sección 2703 de la PHSA - "Guaranteed Renewability of Coverage"
 - Sección 2704 de la PHSA - "Prohibition on Preexisting Condition Exclusions or Other Discrimination Based on Health Status"
 - Sección 2705 de la PHSA - "Prohibiting Discrimination Against Individual Participants and Beneficiaries Based on Health Status"
 - Sección 2706 de la PHSA - "Non-Discrimination in Health Care"

- Sección 2707 de la PHSA - "Comprehensive Health Insurance Coverage"
 - Sección 2709 de la PHSA - "Coverage for Individuals Participating in Approved Clinical Trials", según codificada en 42 U.S.C. § 300gg-8.
4. Todo plan médico renovado tendrá la misma cubierta del plan médico anterior y cumplirá con el resto de las disposiciones de la ACA y el PHSA que no hayan sido exceptuadas. La cubierta solo será modificada para añadir beneficios requeridos por disposición legal.
 5. Los aumentos en tarifa de un 10% o más de los planes médicos transitorios ofrecidos por un asegurador requieren la aprobación previa, y cualquier aumento en la tarifa de un plan médico ofrecido por una organización de servicios de salud requiere la aprobación previa.

Por consiguiente, el Comisionado explica que visto que los requisitos anteriormente mencionados como condición para la renovación de planes médicos manera indefinida bajo la política de transición han sido incluidos en la medida, su Oficina está en posición de impartir su opinión favorable al mismo, según propuesto.

B. ACODESE

La Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico, Inc., en adelante "ACODESE" explica que como bien surge de la Exposición de Motivos del P. de la C. 1085, al promulgarse el Affordable Care Act (Ley ACA), comúnmente conocido como Obamacare, se adoptó una política transitoria a nivel federal para permitir la renovación de ciertos planes médicos, aun cuando no cumplieran con las disposiciones del referido estatuto. En Puerto Rico, la Oficina del Comisionado de Seguros emitió una Carta Normativa comunicar dicha regla administrativa. Esta renovación es posible siempre los planes permanezcan inalterados en sus términos y condiciones, sin modificación de beneficios. Los mismos han sido renovados en Puerto Rico año tras año.

Expone la ACODESE que ciertamente, estos planes son más económicos que los planes metálicos que requiere el Affordable Care Act y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Ello, obedece principalmente a los costos del beneficio de farmacia, que tienden a encarecer los planes médicos.² Por ello, reconocemos la razonabilidad de que la Asamblea Legislativa ausculte medidas para proteger al consumidor puertorriqueño, de manera que puedan obtener un seguro de salud asequible.

Antes bien, ACODESE indica que se opone a la aprobación de este proyecto, pues se brinda una posición ventajosa a solo un segmento del mercado de planes médicos, mientras los demás quedan desprovistos. Entiende que con la aprobación de este

² Como parte de los *essential health benefits* de los planes metálicos se encuentra el beneficio de medicamentos recetados y este beneficio tiende a encarecer sustancialmente los costos de los planes médicos.

proyecto se estará legislando en beneficio de los aseguradores con mayor cartera de planes en transición, perpetuando su ventaja competitiva. Al hacer permanente una disposición cuyo propósito era que fuese transitoria resulta en un contrasentido y el resultado será crear una selección adversa en el segmento de planes médicos individuales ya que los productos de ACA metálicos tienen que compulsoriamente cubrir beneficios como maternidad y medicamentos. Aún más importante, el resultado final no será mejorar el acceso de los pacientes a planes de salud más asequibles; por el contrario, se contribuiría a la creación de condiciones que lleven al consumidor a quedarse sin seguro médico y se encarecerán los productos ACA porque la selección adversa aumentará el riesgo y experiencia de estos productos y, en consecuencia, aumentarán las primas.

Plantea la ACODESE que debemos recordar que, durante el proceso de transición posterior a la aprobación de la Ley ACA, muchos planes médicos perdieron su estatus de planes protegidos o grandfathered. Por lo tanto, ahora que se pretende establecer una categoría de exención indefinidamente, les preocupa qué pasaría con los otros planes que perdieron su estatus. Se preguntan si se les devolverá su estatus o se les dará la oportunidad de revertir a lo que ofrecían antes del Affordable Care Act. Nada de esto se contempla en el P. de la C. 1085.

ACODESE entiende que el modo adecuado de atender este asunto es revisando el Código de Seguros de Salud de una manera integral para que las reglas del mercado sean equitativas para todos los aseguradores y organizaciones de servicios de salud. Así se evita que se ofrezca una ventaja competitiva a un asegurador en particular, lo que limitaría la posibilidad de selección adversa que opera en detrimento de las carteras de productos bajo las reglas de ACA establecidas en el Código. Considerando que esta Asamblea Legislativa persigue auscultar alternativas en beneficio del paciente, nos invitan a considerar legislación que, sin eliminar los derechos ya legislados, abra las puertas a opciones denominadas como "planes alternativos". Esta fue nuestra propuesta con relación al Proyecto de la Cámara 2413, radicado en el año 2015. Igual sugerencia brindamos en nuestra ponencia sometida a la Comisión sobre los Derechos del Consumidor, Servicios Bancarios e Industria de Seguros en nuestra ponencia sobre el Proyecto de la Cámara 1239, cuyo lenguaje es el mismo del P. de la C. 1085.

Por último, la ACODESE opina que las enmiendas propuestas en el Proyecto de la Cámara 2413 antes mencionado, no solo responden a la interpretación de CMS y a la realidad de la industria de seguros de salud local, según ésta se ha visto afectada por la legislación federal y estatal, sino que representan mayor flexibilidad para el consumidor, lo cual consideramos sumamente importante, sobre todo en el tiempo de estrechez económica que atravesamos. Más aún, entienden que atendería una población que no puede ser beneficiaria del Plan Vital, pero tampoco tiene el poder adquisitivo de sufragar un plan médico metálico. En vista de estas consideraciones, ACODESE solicita que se

considere la autorización de planes médicos alternativos y que nuestra Comisión le dé curso a la iniciativa y que se colocan a nuestra disposición para asistirnos en esa gestión.³

Por todo lo anterior, la ACODESE no avala la aprobación del Proyecto de la Cámara 1085.

Luego de expresada la intención y los comentarios a favor y en contra sobre el Proyecto de la Cámara 1085, según radicado, la Comisión de Salud, luego de analizar todas las posiciones y documentación sometida para el análisis de esta medida, ha tomado la determinación de recomendar la aprobación de la misma por las siguientes razones:

Como puede analizarse de las ponencias recibidas por esta Comisión, existen opiniones encontradas entre la Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico, Inc., ("ACODESE") y la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico en cuanto a lo propuesto en la medida.

Esta medida (P.C. 1085) no es desconocida dentro de la Asamblea Legislativa porque el contenido de esta ha sido atendido por pasadas Comisiones de Salud de forma favorable; como por ejemplo: el Proyecto de la Cámara 1905, que fue radicado por el Hon. Carlos Méndez Núñez durante el Cuatrienio 2017-2020 y fue recomendada su aprobación por el entonces Presidente de la Comisión de Salud, Hon. Juan Oscar Morales.

Por tanto, analizado el historial legislativo del Proyecto de la Cámara 1905 sobre este asunto ante nos, y los presentes comentarios solicitados sobre el Proyecto de la Cámara 1085, sometidos a nuestra Comisión de Salud por el actual Comisionado de Seguros como por ACODESE, respetuosamente entendemos que los planteamientos traídos por la Oficina del Comisionado de Seguros son fundamentales. Como bien expresara el Comisionado, el Departamento de Salud Federal (HHS), emitió una comunicación con la que eximió a Puerto Rico de ciertas disposiciones de la ACA. En específico, HHS otorgó al Gobierno de Puerto Rico discreción en cuanto aplicabilidad de las disposiciones de la ACA al mercado de planes médicos individuales, excepto en cuanto a las siguientes disposiciones: Sección 2701 de la PHSA ("community rating"), Sección 2702 de la PHSA ("guaranteed availability"), Sección 1312(c) de la ACA ("single risk pool"), Sección 2794 de la PHSA ("rate review"), Sección 2718 de la PHSA ("medical loss ratio") y Sección 2707 de la PHSA ("essential health benefits"). Esto, le dio mayor flexibilidad a Puerto Rico, en ciertas áreas específicas, para que la implementación de la

³ De la misma manera, ACODESE indica que realizó el mismo señalamiento en sus comentarios sobre el Proyecto de la Cámara 1905, radicado en el año 2018.

Reforma de Salud fuera de una manera más cónsona con nuestra realidad y se pudiera adaptar mejor a las necesidades y leyes que imperan en Puerto Rico.

El punto importante para recomendar favorablemente esta medida es el siguiente: El Comisionado de Seguros de Puerto Rico, quien es el oficial regulador del mercado de seguros dentro de nuestra jurisdicción nos explica en su Memorial Explicativo y citamos en lo pertinente: *“que cualquier enmienda al Código que exima indefinidamente del cumplimiento con las disposiciones de la ACA aplicables al mercado de grupos pequeños podría entrar en conflicto con la ley federal de ACA y, como resultado, adolecer de invalidez. Por consiguiente, la extensión del periodo de transición para el mercado de grupos pequeños queda supeditada a la determinación anual que HHS realice a tales efectos. En el caso de los planes médicos del mercado individual no existe tal limitación, toda vez que las disposiciones de la ACA, según determinado por HHS, no aplica al mercado de planes médicos individuales en Puerto Rico.”*

Por ese motivo es que el Comisionado entendemos que acoge favorablemente la renovación de manera indefinida bajo el periodo transitorio propuesto en este Proyecto de la Cámara 1085, toda vez que se dispone únicamente su aplicación a los planes médicos del mercado individual, sujeto las condiciones establecidas en la política de transición del United States Department of Health and Human Services y adoptadas por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

Por consiguiente, como la medida contiene las directrices requeridas y de cumplimiento con la política de transición a nivel federal y estatal, para que dichos planes médicos individuales en transición puedan renovarse, como Comisión Informante, respetuosamente no vemos impedimento legal alguno para que la medida no pueda ser recomendada favorablemente, más aún, cuando la misma es avalada por el ente regulador de la industria de seguros en Puerto Rico, que es la Oficina del Comisionado de Seguros y cuando actualmente en Puerto Rico existen asegurados que todavía poseen este tipo de pólizas y tienen que estar anualmente esperando que surjan las Ordenes Administrativas por parte de la Oficina de Comisionado de Seguros para asegurarse que las mismas puedan sean renovadas. Con esta medida damos más certeza sobre el andamiaje legal de transición a nivel estatal de este tipo de pólizas.

ACTA DE CERTIFICACIÓN

Para la aprobación del Proyecto de la Cámara 1085 fue celebrada una Sesión Pública de Consideración Final el martes, 8 de noviembre de 2022 y se presenta la correspondiente Acta de Certificación Positiva con este Informe Positivo en cumplimiento de lo dispuesto en los incisos (e) y (g) de la Sección 12.21 del Reglamento de la Cámara de Representantes.

CONCLUSIÓN

Por todo lo antes expuesto, la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, previo estudio y consideración de la misma, tiene a bien someter su Informe con relación al Proyecto de la Cámara 1085, **recomendando su aprobación sin enmiendas.**

Respetuosamente sometido,


SOLY. HIGGINS CUADRADO
Presidenta
Comisión de Salud

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

19na. Asamblea
Legislativa

2da. Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 1085

8 DE NOVIEMBRE DE 2021

Presentado por el representante *Méndez Núñez*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

Para añadir un nuevo inciso M y redesignar el actual inciso M, como N al Artículo 2.050 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, mejor conocida como el Código de Seguros de Salud Puerto Rico, a los fines de que los planes médicos del mercado individual que actualmente están cobijados bajo la política de transición promulgada en noviembre de 2013 por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos puedan renovarse de manera indefinida y establecer requisitos.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El acceso -amplio e ininterrumpido- a servicios de salud para toda la ciudadanía es una prioridad de política pública de todo gobierno. Este ha sido un reto del más alto orden, tanto a nivel del Gobierno de Puerto Rico, como del gobierno federal. Por tal razón, resulta imprescindible asegurar que todo nuestro ordenamiento jurídico aplicable sea cónsono con dicho objetivo y, a su vez, velar que aquellos sectores de la población con menor poder adquisitivo no se queden rezagados en también alcanzar tan loables objetivos.

En aras de atender tan importantes retos en el campo de la salud, el 23 de marzo de 2010, se firmó la Ley Pública 111-148, conocida como el "Patient Protection and Affordable Care Act". Al comenzar el proceso de implementación de esta ley, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos entendió necesario adoptar una política transitoria para permitir la renovación de ciertos planes médicos del mercado individual y de grupos pequeños, aun cuando éstos no cumplieran con ciertas

disposiciones de dicha ley. Esta decisión de política pública se fundamentó con el propósito de hacer valer la promesa que se hizo al momento de legislar el "Affordable Care Act", a los fines de que aquellas personas o grupos pequeños de asegurados que estuviesen satisfechos con su plan médico iban a poder tener derecho de así retenerlo.

El tiempo ha demostrado que muchos de estos planes (seguros de salud) resultan ser más económicos que los planes metales del "Affordable Care Act", mientras atienden de manera muy satisfactoria las necesidades de un sector de la población que no puede pagar primas más caras. Hasta el presente, la Oficina del Comisionado de Seguros ha emitido diversas cartas normativas para extender esta política de transición promulgada y extendida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Sin embargo, dicha agencia federal no se ha expresado sobre extensiones adicionales al período de transición, lo cual causa mucha incertidumbre y ansiedad ante un sector de asegurados en Puerto Rico que de otra manera estarían carentes de opciones viables en lo que respectan sus planes médicos.

Por lo tanto, es la intención específica de esta legislación, atender a las necesidades de la población, y permitir la renovación automática, elevando las cartas normativas antes mencionadas, al Código de Seguros de Salud. Lo anterior, con el objetivo de proteger responsablemente al consumidor de servicios de salud puertorriqueño. Por lo tanto, la Asamblea Legislativa entiende necesario que nuestro ordenamiento jurídico haga permanente la promesa de asegurar que ningún ciudadano estadounidense residente en Puerto Rico, se vea privado de servicios de salud por razón de su alto costo.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.-Se añade un nuevo inciso M y se redesigna el actual inciso M como N,
2 al Artículo 2.050 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, para que se lea como sigue:

3 "Artículo 2.050.-Conformidad con Leyes Federales.

4 Cualquier disposición de este Código que esté en conflicto con alguna ley o
5 reglamento federal aplicable a Puerto Rico en el área de la salud o de los planes
6 médicos, se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento
7 federal. Además:

8 A...

9 ...

1 M. *Los planes médicos del mercado individual que actualmente están cobijados bajo la*
2 *política de transición promulgada en noviembre de 2013 por el Departamento de*
3 *Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos podrán renovarse de manera*
4 *indefinida; siempre y cuando, al ser renovado, reúna las condiciones establecidas en*
5 *la política de transición de dicha Agencia y las adoptadas por la Oficina del*
6 *Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Disponiéndose, además que, de*
7 *conformidad con la política de transición, para que dichos planes individuales*
8 *puedan renovarse, deberán cumplir con las siguientes directrices:*

9 (1) *La renovación no será aplicable a las suscripciones que hayan ocurrido en o*
10 *después del 1 de enero de 2014.*

11 (2) *Cada año póliza se deberá proveer la notificación compulsoria requerida por*
12 *el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y*
13 *adoptada por la Oficina del Comisionado de Seguros.*

14 (3) *Cumplir con las disposiciones del "Affordable Care Act" y del "Provincial*
15 *Health Services Authority", excepto:*

16 (a) *Sección 2701 de la PHSA - "Fair Health Insurance Premiums";*

17 (b) *Sección 2702 de la PHSA - "Guaranteed Availability of Coverage";*

18 (c) *Sección 2703 de la PHSA - "Guaranteed Renewability Coverage";*

19 (d) *Sección 2704 de la PHSA - "Prohibition on Preexisting Condition*
20 *Exclusions or Other Discrimination Based on Health Status", solo*
21 *para los adultos;*

1 (e) *Sección 2705 de la PHSA – “Prohibiting Discrimination Against*
2 *Individual Participants and Beneficiaries Base on Health Status”;*

3 (f) *Sección 2706 de la PHSA – “Non-Discrimination in Health Care”;*

4 (g) *Sección 2707 de la PHSA – “Comprehensive Health Insurance*
5 *Coverage”;*

6 (h) *Sección 2709 de la PHSA – “Coverage for Individuals Participating*
7 *in Approved Clinical Trials”, según codificada en 42 U.S.C. §*
8 *300gg-8.*

9 (4) *El plan médico renovado tendrá la misma cubierta del plan médico anterior;*
10 *la cubierta solo será modificada para añadir beneficios requeridos por alguna*
11 *disposición de ley aplicable.*

12 (5) *Los aumentos en tarifa de un diez por ciento (10%) o más de los planes*
13 *médicos transitorios ofrecidos por un asegurador requieren la aprobación*
14 *previa, así como, cualquier aumento en la tarifa de un plan médico ofrecido*
15 *por una organización de servicios de salud requiere la aprobación previa.*

16 **(M.)N.** Los derechos establecidos en este artículo tendrán el alcance y se regirán de
17 conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley
18 Pública 111-148, conocida como “Patient Protection and Affordable Care
19 Act”, la Ley Pública 111-152, conocida como “Health Care and Education
20 Reconciliation Act” y la reglamentación federal y local adoptada al amparo
21 de ésta.”

22 **Sección 2.-Separabilidad.**

1 Si cualquier cláusula, párrafo, oración, palabra, letra, disposición, título, acápite o
2 parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, el dictamen o
3 la sentencia dictada a tal efecto no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de
4 esta Ley. El efecto de tal sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, oración,
5 palabra, letra, disposición, título, acápite o parte de ésta que así hubiera sido anulada o
6 declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia de
7 cualquier cláusula, párrafo, oración, palabra, letra, disposición, título, acápite o parte de
8 esta Ley se invalidara o se declarara inconstitucional, la resolución, el dictamen o la
9 sentencia dictada no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a
10 aquellas personas o circunstancias a las que se pueda aplicar válidamente. Es la voluntad
11 expresa e inequívoca de esta Asamblea Legislativa que los tribunales hagan cumplir las
12 disposiciones y la aplicación de esta Ley en la mayor medida posible, aunque se deje sin
13 efecto, anule, invalide, perjudique o declare inconstitucional alguna de sus partes o,
14 aunque se deje sin efecto, invalide o declare inconstitucional su aplicación a alguna
15 persona o circunstancia. Esta Asamblea Legislativa hubiera aprobado esta Ley sin
16 importar la determinación de separabilidad que el Tribunal pueda hacer.

17 Sección 3.-Vigencia.

18 Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.