

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

19^{na} Asamblea
Legislativa

4^{ta} Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

INFORME

P. de la C. 1253

9 de noviembre de 2022

2022-11-09 P. 1253
Comisión de Salud
Cámara de Representantes

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 1253, **recomendando su aprobación**, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña en este Informe.

ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto de la Cámara 1253, según radicado, pretende enmendar el Artículo IV, Sección 2 de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico" y añadir a ésta los nuevos subincisos (t), (u) y (v) a los fines de establecer nuevas funciones a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para promover y asegurar el acceso de los pacientes a los proveedores de servicios de salud; para facultar a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico a establecer reglamentación para cumplir con los propósitos de esta ley; y para otros fines relacionados.

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

Se indica en la misma que el Gobierno de Puerto Rico reconoce el derecho a la salud de nuestros ciudadanos. Para hacer valer dicho derecho y poder facilitar el acceso de servicios de calidad a la población beneficiaria de los fondos Medicaid y sus programas, la Ley 72-1993, según enmendada, estableció la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (en adelante "ASES"). La creación de ASES es cónsona con los planes estatales de manejo del programa Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Medicaid es un programa mediante el cual el Gobierno Federal aporta ayuda a los estados y territorios para pagar los gastos médicos de ciertos grupos de personas con bajos recursos. Por su parte, CHIP se estableció para brindar nuevas oportunidades de cobertura médica a bajo costo a los niños de familias con ingresos demasiado altos para calificar para Medicaid, pero que no pueden pagar una cobertura privada. En Puerto Rico se opera como un programa de expansión de Medicaid financiado por el título XXI y cubre a niños de hasta 19 años con ingresos familiares de hasta el 266 por ciento del nivel de pobreza local.

Se plantea en la Exposición de Motivos que, un plan estatal de Medicaid y CHIP; acorde al Center for Medicare and Medicaid Services (o "CMS" por sus siglas en inglés), *"es un acuerdo entre un estado y el gobierno federal que describe cómo ese estado administra sus programas de Medicaid y CHIP. Ofrece la seguridad de que un estado cumplirá con las reglas federales y puede reclamar fondos de contrapartida federales para las actividades de su programa. El plan estatal establece los grupos de personas que se cubrirán, los servicios que se brindarán, las metodologías para los proveedores que se reembolsarán y las actividades administrativas que se están llevando a cabo en el estado."*

Se trae a la atención en la Exposición de Motivos como dato general, que la ASES tiene la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, organizaciones de Servicios de Salud y proveedores un sistema de seguros de salud que brinde a todos los residentes de la Isla beneficiarios de Medicaid, CHIP y desde el 2006 los Medicare Platino, acceso a cuidados médico-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. Desde el 1994, ASES ejerce las funciones antes mencionadas, cuando se implementó la llamada Reforma de Salud, hoy día Plan Vital. Además, dado lo dinámico del ambiente de los servicios de salud y el balance que debe haber entre los servicios de calidad y el manejo adecuado de los fondos, desde que se promulgó la Ley 72, *supra*, ésta ha sido enmendada para hacerla una más efectiva y a tenor con los retos que conlleva el servir a dicha población. Sin embargo, su última enmienda fue en el año 2015.

Se explica en la misma que el Plan Vital administrado por ASES es el programa de seguros de salud de mayor cantidad de beneficiarios en la Isla, con alrededor de 1.5 millones de beneficiarios adscritos al programa acorde con CMS. Al presente, dado el aumento de la población beneficiaria desde el 2017 por los desastres naturales y la pandemia que han aquejado a Puerto Rico, es menester y una necesidad el mantener una

red de proveedores robusta y adecuada, para que nuestros pacientes tengan acceso oportuno, apropiado y completo a dichas redes de proveedores. Por los cambios y dinámicas del mercado, al presente existen solamente cuatro (4) aseguradores bajo el Plan Vital y cuatro (4) bajo el Medicare Platino. La doctrina económica establece en general que, mientras menos participantes en el mercado, más concentrado éste y mayor el riesgo de colusión, lo que daría al traste con uno de los pilares del Plan Vital que se basa en la competencia por mejores servicios y calidad entre las aseguradoras al ser estas organizaciones de cuidado dirigido ("managed care organizations" o "MCO's" en inglés). A la vez que se buscan los beneficios y la costo-efectividad de un programa de cuidado dirigido, es importante contar con acceso suficiente a la piedra angular del servicio de salud, los proveedores y que sus condiciones sean unas adecuadas. Por tal razón, las funciones fiscalizadoras de ASES deben estar atemperadas a las condiciones dinámicas y los retos que presenta el cuidado de nuestra población más vulnerable.

Para atender este asunto, se plantea en la Exposición de Motivos de la medida que lo anterior, forma parte del compromiso esbozado en la página 117 de Puerto Rico Promete en la que expresamos que estaríamos revisando la estructura de la Administración de Servicios de Salud (ASES) para enfatizar las competencias gerenciales y líneas de responsabilidad donde la ASES debe tener un rol protagónico en la contratación de proveedores para el Plan VITAL. Por lo cual es pertinente que ASES pueda emitir directrices necesarias y apropiadas cuando lo entienda apropiado y así habilitar la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras y organizaciones de cuidado de la salud, asegurando de esa forma que las redes de proveedores sean adecuadas, accesibles y completas, así como la provisión de tarifas uniforme por los servicios profesionales prestados que compense de forma adecuada los servicios médico-hospitalarios y de apoyo rendidos a los beneficiarios del plan.

Luego de expresada la intención del Proyecto de la Cámara 1253, la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes realizó Vistas Públicas sobre la medida y se contó con los deponentes y/o memoriales explicativos de:

- 1. Administración de Seguros de Salud (ASES)**
- 2. Departamento de Salud**
- 3. Administración de Servicios Medicos (ASEM)**
- 4. Asociación de Hospitales**
- 5. ACODESE**
- 6. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico**

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 las posiciones de las agencias y entidades no gubernamentales antes mencionadas, las cuales son las siguientes:

A. Administración de Seguros de Salud (ASES)

La Administración de Seguros de Salud (en adelante "ASES") expresa que la política pública que pauta la Ley 72 es a los fines de que la ASES gestione, negocie y contrate con aseguradoras y proveedores de servicios de salud para proveer a sus beneficiarios, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad. Cónsono con esa política pública, el Art. IV, Sección 2 de la Ley 72 establece que la ASES es el organismo gubernamental encargado de la implantación de las disposiciones de dicha ley y que dentro de los poderes y funciones que ostenta su Junta de Directores se encuentra:

"(n) Establecer en los contratos que suscriba con las aseguradoras o con los proveedores participantes, y organizaciones de servicios de salud:

...

(2) Los mecanismos de evaluación y de cualquier otra naturaleza que garanticen todos los aspectos que afecten, directa o indirectamente, la accesibilidad, calidad, control de costos y de utilización de los servicios, así como la protección de los derechos de los beneficiarios y proveedores participantes."

Además, la ASES indica que consideran que dicha facultad delegada a la agencia es amplia. Amparados en esta facultad, la ASES ha emitido cartas normativas y órdenes administrativas dirigidas a proteger los derechos de los beneficiarios y proveedores participantes, de manera que se asegure la provisión de servicios de calidad dentro del PSG-Vital. Entre las iniciativas de la agencia podemos mencionar el establecimiento de tarifas mínimas de pago a los proveedores de un 70% del Medicare Fee Schedule (MFS) a los especialistas (lo cual por contrato se fijará a 80% a partir del 1 de enero de 2023); la guía de pago mínimo al médico primario; incremento en un 5% adicional a la tarifa a los hospitales; la apertura al proceso de fiscalización de los recursos financieros (ej. incentivos de calidad) y la distribución de estos a nuestros proveedores de salud.

La ASES comenta que reconoce la necesidad y responsabilidad de mantenemos vigilantes a los retos salubristas que se presenten en la sociedad para garantizar la calidad de los servicios de salud que reciben las personas participantes del PSG-Vital. Es por esto que, en atención a preocupaciones que les ha presentado la comunidad médica sobre el tema ante nos, han tomado pasos adicionales a lo anteriormente expresado para asegurar que los beneficiarios no enfrenten retos innecesarios en el acceso a proveedores y que estos sean contratados de acuerdo con las necesidades específicas, tratando a la misma vez de atender la ineludible realidad de escasez de especialistas que enfrenta la Isla.

Explica ASES que durante el proceso de Solicitud de Propuestas (RFP, por sus siglas en inglés) para la selección de las aseguradoras que proveerán servicios bajo el PSG-Vital a partir de 2023, del cual se emitió Notificación de Adjudicación el pasado 29 de agosto de 2022, ASES incluyó en el nuevo contrato medidas en protección de los derechos de los proveedores participantes. Entre estas resaltamos la Sección 10.1.7 (Provider Contracts):

10.1.7.1. The Contractor shall submit a model for each type of Provider Contract to ASES for review and prior written approval, including any amendments, attachments, exhibits or addenda, to ASES for review and prior approval, according to the timeframe specified in Attachment 12 to this Contract. The Contractor shall include in such submission, at a minimum, model contracts for PMGs, PCPs, Ancillary Service Providers, Hospitals, Emergency Rooms, and Ambulance Services. The Contractor shall provide ASES with digitized copies of each finalized Provider Contract within thirty (30) Calendar Days of the effective date of the Provider Contract. At the time of submitting the finalized Provider Contract, the Contractor shall disclose to ASES whether the Provider falls under the prohibition stated in Sections 29.1, 29.2, or 29.6 of this Contract. The Contractor must also submit with the finalized Provider Contract a description of the financial arrangement agreed to between the parties, including the basis for payment and the amount of risk being assumed by each party.

10.1.7.2. ASES may review and audit at any time any executed Provider Contracts against the approved models of Provider Contracts. ASES reserves the right to cancel Provider Contracts or to impose sanctions or fees against the Contractor for the omission of clauses required in Provider Contracts. Contractor must calculate a Medical Loss Ratio at the PMG or Provider level to ensure rates have appropriately taken into account administrative expenses and other costs that should be considered in rate-setting. Such MLR calculations will be subject to audit at any time by ASES.

En esa dirección, ASES plantea que como parte del proceso de RFP, la agencia se encuentra examinando los acuerdos modelos que las aseguradoras usarán con sus proveedores para distribuir riesgos financieros y subcontratar servicios médicos, de manera que aseguren que los mismos sean conformes con los parámetros y expectativas del PSG-Vital. Asimismo, en cuanto al pago a proveedores, las Secciones 10.5.1.5.2 y 10.5.1.6 del nuevo contrato establecen:

“10.5.1.5.2. ASES may establish a minimum fee schedule, based on a percentage of the Medicare Part B fee schedule or otherwise, for specified provider types (e.g., specialists or others) of high need in Puerto Rico. Such minimum reimbursement requirements will be subject to CMS approval per 42 CFR 438.6(c). If the minimum fee schedule established by ASES will have an impact on current Provider rates, ASES shall conduct an actuarial evaluation of such impact, identifying the source of funds available for payment of the minimum fee schedule and shall provide notice of any adjustment to the PMPM Payments to reflect such impact. Any approved adjustment in PMPM Payments must be transferred to the PMGs and other Providers contracted under risk-sharing agreements to ensure such agreements are actuarially sound.

10.5.1.6. The Contractor and ASES acknowledge that PMGs, among other Providers, are at risk for Covered Services under this Agreement. Hence, any subcapitated payment made by the Contractor to Providers shall be based on sound actuarial methods in accordance with 42 CFR 438.4. The Contractor shall submit data supporting the actuarial soundness of Capitation Payments and any supporting documentation to ASES, including the base data generated by the Contractor prior to the execution of the Provider Contract if requested. **All Provider payments by the Contractor shall be actuarially sound, and the amount paid shall not jeopardize or infringe upon the quality of the services provided. ASES shall at any time review, monitor or audit such payment methods, and shall require Contractor to establish a minimum required PMPI\1 rate payable to Providers under Subcapitation Arrangement in order to guarantee compliance with this Section.”**

Como puede observarse, la ASES entiende que el contrato reconoce que la ASES podrá establecer un tarifario mínimo basado en un porcentaje del MFS u otra cantidad para tipos de proveedores específicos de alta necesidad en Puerto Rico. Dichos tarifarios mínimos estarán sujetos a la aprobación del regulador federal CMS de conformidad con lo dispuesto en 42 CFR 438.6(c). En estos casos, ASES deberá realizar una evaluación actuarial para determinar el impacto que tendría sobre los pagos mensuales "PMPM" la adopción de un tarifario mínimo a los proveedores. Además, el nuevo contrato reconoce la facultad de ASES de revisar, monitorear o auditar en cualquier momento los métodos de pago a los proveedores y requerirle a las aseguradoras establecer una tarifa mínima PMPM pagadera a los proveedores bajo acuerdos capitados.

Como puntos finales a considerar, la ASES sugirió el revisar la Exposición de Motivos: (1) pág. 2, primer párrafo: Eliminar "En privada." (repetición); y (2) pág. 2, cuarto párrafo: La última enmienda a la Ley 72 entendemos fue en 2021, no 2015. Además, el Proyecto de Ley ordena a la ASES a tomar todas las medidas administrativas y reglamentarias para lograr la efectiva consecución de lo dispuesto en la pieza dentro de sesenta (60) días de aprobada. Dado las aprobaciones a nivel de regulador federal, los cambios al nuevo contrato con las aseguradoras de PSG-Vital, posibles impactos presupuestarios e impactos sobre tarifas PMPM, solicitamos se reconsidere incluir en la medida dicho término para realizar las gestiones administrativas y reglamentarias pertinentes y en lugar se provee para un tiempo razonable no menor de ciento ochenta (180) días que permita reorganizar y fortalecer los servicios y funciones nuevas a ser implementadas.

Por lo antes expuesto, la ASES entiende que el propósito del Proyecto de la Cámara 1253 será de aplicación bajo el nuevo contrato de Plan Vital, por lo que no presentan oposición a su aprobación; reconociendo la loable intención de la Asamblea Legislativa de atender los retos que confronta nuestro sistema de salud.

B. Departamento de Salud

El Departamento de Salud (en adelante el Departamento") expresa que entre las responsabilidades primordiales y más abarcadoras del Gobierno de Puerto Rico se encuentra el velar por la salud, así como la seguridad de cada uno de sus ciudadanos. A esos fines, el Departamento de Salud fue creado según lo dispuesto en la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y elevado a rango constitucional el 25 de julio de 1952, en virtud de lo dispuesto en el Artículo IV, Sección 6 de la Constitución de Puerto Rico. Como directa consecuencia de ello, es el Secretario de Salud el responsable de los asuntos que inciden sobre la salud y sanidad en Puerto Rico. Además, la Ley Núm. 81, *supra*, le reconoce al Secretario los poderes para dictar órdenes, enmendar y derogar reglamentos, entre otros, con el fin de proteger la salud pública. De esta manera, el Departamento de Salud tiene la obligación de promover mejores condiciones de vida y bienestar para la población de Puerto Rico.

Además, el Departamento explica que, a nivel constitucional, son la única agencia cuyo deber ineludible es velar por la salud de toda la ciudadanía y tiene la responsabilidad de fijar los objetivos de salud y desarrollar estrategias para proteger la salud del pueblo de Puerto Rico. A tales fines, el Departamento, a través de la Oficina del Programa Medicaid, otorga elegibilidad a aquellos ciudadanos que solicitan el Plan de Salud de Gobierno "Vital". Una vez esta Oficina determina elegibilidad, se transmite la información a la Administración de Seguros de Salud (ASES).

Por otro lado, el Departamento indica que la ASES fue creada por virtud de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, como una corporación pública con la

responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores privados, un sistema de seguros de salud que le brinde a los residentes de Puerto Rico cuidados médicos, sin que sea un obstáculo para ello la condición económica y la capacidad de pago del ciudadano. En esa dirección, la ASES gestiona, negocia y contrata con aseguradoras y proveedores de servicios de salud, para proveer a sus beneficiarios, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad.

Establecido lo anterior, el Departamento plantea que, desde el punto de vista salubrista, el Departamento avala la intención legislativa contenida en el proyecto. Reconocen la loable intención de facultar a la ASES a emitir aquellas directrices necesarias para así habilitar la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras y organizaciones de cuidado de la salud, garantizando de esa forma que las redes de proveedores sean adecuadas, accesibles y completas. Además, destacan que se proponga que la ASES tenga la facultad de establecer un sistema uniforme y estandarizado de tarifas de compensación mínima para todos los proveedores participantes que será obligatoria para las aseguradoras y organizaciones de cuidado de la salud en sus procesos de contratación por los servicios profesionales prestados, de modo que se compense de forma adecuada los servicios médico-hospitalarios y de apoyo rendidos a los beneficiarios del plan.

Ahora bien, el Departamento por tratarse de asuntos que impactan directamente a la ASES y su ley habilitadora, el Departamento ofrece total deferencia a la posición que este ente tenga a bien presentar sobre la medida. Expresa que la ASES es la entidad con el "*expertise*" para poder evaluar en detalle el proyecto, así como proveer datos precisos sobre la viabilidad del mismo.

C. Administración de Servicios Medicos (ASEM)

Por su parte, la Administración de Servicios Medicos (en adelante "ASEM") endosa, apoya y favorece de manera categórica y sin reservas el Proyecto de la Cámara 1253, el cual reciben y acogen con beneplácito y optimismo por atender un problema que por años ha afectado las facilidades de salud y que atienden a los beneficiarios del plan de salud del Gobierno de Puerto Rico. En especial, a los hospitales que pertenecen al Gobierno, el cuales muchas veces se ven afectados por obtener las tarifas más bajas pagadas por las aseguradoras en comparación con facilidades privadas.

ASEM expresa que en el Centro Médico de Puerto Rico y sus componentes hospitalarios, se ofrecen los servicios más complejos y de mayor calidad en Puerto Rico y el Caribe, a la par con las mejores instituciones privadas de la Isla, en muchos casos, servicios únicos, no ofrecidos bajo ninguna otra facilidad en Puerto Rico y que

se ofrecen en ASEM. Tienen el único Centro de Trauma de Puerto Rico y del Caribe que atiende el 100% de los pacientes politraumatizados. Luego de la privatización provocada por la Reforma de Salud de 1993, solamente 6 hospitales públicos no fueron vendidos: ASEM, el Hospital Universitario de Adultos (UDH), el Hospital Pediátrico Universitario (HOPU), el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe (CCCPRC), (todos estos dentro del conglomerado de Centro Médico de Río Piedras); el Hospital Regional de Bayamón (HURRA) y el Hospital Regional de Carolina.

Sin embargo, la ASEM plantea que con la Reforma, se creó la ficción jurídica y ficción fiscal, que, al implementar la Reforma de Salud, la expectativa era que estas facilidades, al igual que un ente privado, generarían sus propios ingresos. Esta ficción (de que los hospitales públicos deberían generar sus propios ingresos) no tomó en consideración tres aspectos importantes:

- Primero, por ser facilidades del Estado, se mantendría la expectativa de un derecho a la salud pública, ofreciendo atención médica a los indigentes, a la clase pobre del país, a los no asegurados por los que ninguna aseguradora paga. Esto provoca el que las facilidades del Gobierno no puedan negociar las mejores tarifas por los servicios que se ofrecen, según explicamos adelante.
- Segundo, los servicios supra-terciarios, son servicios exageradamente costosos. Por ello en el Centro Médico se ofrecen servicios únicos que no se ofrecen en ningún otro hospital de Puerto Rico, ya que son servicios que no son compensados adecuadamente, haciendo la operación una perdidosa.
- Tercero, que en el Centro Médico de Puerto Rico se albergan 26 programas de residencias clínicas y especialidades médicas que incrementan aproximadamente un 30% el costo operacional, por ser talleres de educación médica (*Teaching Facilities*).

En estos momentos, la ASEM comenta que existe otra realidad que afecta los servicios de salud pública y privada de Puerto Rico, así como los servicios de salud en todos los Estados Unidos: Hay escasez de empleados de la salud tales como enfermería, anestesia, farmacéuticos, terapistas respiratorios, médicos primarios, médicos especialistas, subespecialistas, cirujanos, etc., que al presente son recursos limitados en disminución numérica, lo que hace su reclutamiento uno competitivo y difícil. En los hospitales del Gobierno se atienden y se les completa su tratamiento a todas las personas que llegan independientemente de su capacidad económica. Esto es un hecho conocido por las aseguradoras que operan en el País y provoca que las aseguradoras fueren tarifas más bajas a los hospitales públicos, porque no importa

cuánto se les pague, siempre vamos a atender a los beneficiarios adscritos a sus planes médicos.

Un problema existente que expone la ASEM es que, ni ellos, ni ninguno de los hospitales públicos tienen la capacidad de negociar efectivamente con las aseguradoras, ya que, a diferencia de una facilidad privada, ASEM no tiene la opción de rechazar pacientes de Reforma (Plan Vital), por la naturaleza de facilidad pública que les caracteriza. Una facilidad privada puede forzar mejores tarifas con el solo hecho de amenazar a las aseguradoras participantes de no aceptar pacientes de Reforma. Es por esto que, la ASEM acoge con beneplácito lo que aportaría el Proyecto de la Cámara 1253; para que se fijen tarifas mínimas por los servicios que se prestan en el Centro Médico, que las mismas se fijen mediante estudios actuariales que consideren el costo de los servicios supra-terciarios que allí se prestan, y que dichas tarifas sean revisadas con frecuencia para que no ocurra un desfase entre los costos de ofrecer los servicios y un reembolso justo, equitativo y razonable.

Entiende la ASEM que el impacto del Proyecto de la Cámara 1253 en las facilidades del Gobierno será sustancial y crucial para lograr poder pagarles a sus empleados el salario justo por sus servicios, poder ser atractivos, retener a sus empleados y poder reclutar nuevos profesionales en las plazas vacantes que son necesarias para operar eficientemente y proteger los talleres de especialidades médicas que operan en ASEM. Además, el impacto del Proyecto de la Cámara 1253 en las facilidades del Gobierno incidirá principalmente en aumentar los ingresos, que, por ser facilidades de Gobierno, sin ánimo de lucro, cualquier incremento en las tarifas pagadas por las aseguradoras irá directamente a mejorar las condiciones de trabajo de nuestros empleados, a la compra de equipo adecuado y al mantenimiento de dicho equipo para garantizar el servicio a los miles de pacientes que visitan nuestras facilidades.

D. Asociación de Hospitales

La Asociación de Hospitales (en adelante "Hospitales"), explica que luego de examinar el proyecto, expresan su apoyo al mismo. Según surge de la exposición de motivos del P. de la C. 1253, su propósito es generar herramientas para mantener una red de proveedores robusta y adecuada, para que los beneficiarios del plan estatal de Medicaid y CHIP tengan acceso oportuno, apropiado y completo a dichas redes de proveedores. A esos efectos el P. de la C. 1253 entiende pertinente que ASES pueda emitir directrices que brinden transparencia y faciliten la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras, y organizaciones de cuidado de la salud, asegurando de esa forma que las redes de proveedores sean adecuadas, accesibles y completas. Además, habilita a ASES para crear establecer tarifas mínimas de manera uniforme por los servicios profesionales prestados a través de las cuales se viabilice un sistema de

compensación adecuado por los servicios médicos y de apoyo rendidos a los beneficiarios del plan.

Hospitales indica que coinciden con la Asamblea Legislativa que es un deber apremiante del gobierno velar que la población tenga acceso a servicios de salud robustos y eficientes. De la misma manera debe velar porque los proveedores de servicios de salud sean adecuadamente compensados ya que son los que le dan vida al sistema de salud del País. Además, reconocen la importancia y la urgencia existente en que mejorar el alcance, la calidad, la accesibilidad y el rendimiento de la atención primaria. Estos son objetivos fundamentales que tanto el gobierno federal como el gobierno estatal persiguen a través de la atención administrada a estas poblaciones vulnerables a través de los planes Medicaid y CHIP.

Por otro lado, Hospitales plantea que si bien es cierto que los estatutos federales no establecen cómo se debe pagar o cuánto se les debe pagar a los proveedores, si requieren que las políticas de pago de Medicaid a nivel estatal promuevan la eficiencia, la economía, la calidad, el acceso y la protección contra la utilización innecesaria. Para lograr estas metas, es importante que busque implementar políticas de pago que atraigan a un número suficiente de proveedores para servir a los pacientes y facilitar el acceso a los beneficiarios.

Expresan estar de acuerdo con que existe la necesidad de establecer política pública por parte de ASES para apoyar los esfuerzos estatales de mejorar la red de proveedores de servicios. Para lograr este objetivo es esencial mejorar las condiciones de pago de los proveedores. Aún considerando que los desastres naturales y la pandemia que ha enfrentado la Isla desde el 2017 han tenido un impacto directo en los servicios de salud, los grandes desafíos de acceso y disponibilidad de proveedores son debido a la emigración de profesionales de la salud. Esta emigración está íntimamente atada a unas tasas de pago a proveedores que son crónicamente bajas.

Plantea Hospitales que actualmente existe una experiencia con la estructura para el tarifario que es a base del setenta por ciento (70%) del Medicare Fee Schedule ("MFS"), esto ha resultado en tarifas bajas por lo que debe utilizarse como un punto de partida para determinar unas tarifas razonables. La razonabilidad de esta solicitud encuentra fundamento en consideración a los aspectos inflacionarios, costo de energía, exigencias salariales por dificultad de reclutamiento, y otros aspectos que afectan y encarecen el costo de proveer servicios de salud. Esto aun considerando que ASES ha concedido un aumento de 5%. Ante esto no ven la necesidad de incurrir en gastos de actuario.

En apoyo a la medida, Hospitales indica que se debe destacar que otros estados han establecido para sus programas Medicaid y CHIP estrategias similares exigiendo a los planes de salud que cumplan con niveles de pago mínimos y/o pagos mejorados para servicios o proveedores de alta prioridad. A modo de ejemplo, algunos estados le

requieren que sus planes participantes de los programas Medicaid y CHIP que paguen a los proveedores no menos de la cantidad que Medicare habría pagado por los mismos servicios. Todas estas estrategias de política pública están dirigidas a generar mejores resultados de salud para los beneficiarios, mantener una red de proveedores accesible y cumplir con otros objetivos del programa Medicaid. Dada la experiencia en Puerto Rico con el tarifario actual del setenta por ciento (70%) de Medicare Fee Schedule, respaldan que ese principio adoptado por esos estados se aplique a Puerto Rico.

En cuanto a los hospitales, entienden que cualquier revisión que se realice debe tomarlos en cuenta. Históricamente el costo de brindar los servicios a los pacientes del Plan Vital es más alto en alrededor de cien (100) millones de dólares anuales versus los reembolsos recibidos. Por lo cual, recomiendan que como mínimo se considere el costo inflacionario anualmente como base para ajustar los reembolsos a éstos.

Por todo lo antes expresado y habiendo evaluado la medida propuesta, Hospitales la respalda, toda vez que habilitar a ASES para que genere reglamentación que promueva la transparencia y equidad en el sistema de pago a proveedores es de interés a todos los componentes que sirven al sistema de salud. Es su postura que el establecimiento de un sistema de tarifas mínimas de pagos a proveedores uniforme servirá de apoyo a toda la gama de esfuerzos que se están llevando a cabo para evitar la fuga de talento que está experimentando la industria de la salud. El resultado de mejorar las condiciones de pago para nuestros médicos y facilidades de salud es la estabilización de las redes

E. Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico, Inc. (ACODESE)

La Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico, Inc., en adelante "ACODESE" explica que, con el aumento en la cantidad de beneficiarios del Plan Vital, esta Asamblea Legislativa entiende importante mantener una red de proveedores robusta y adecuada, además de mantener los beneficios y buscar la costo-efectividad del programa. Por lo cual se ha presentado el P. de la C. 1253, facultando a la ASES a emitir directrices necesarias y apropiadas cuando lo entienda meritorio y así habilitar la contratación de proveedores por parte de los aseguradores y organizaciones de servicios de salud.

Antes bien, entienden la preocupación que se pretende atender mediante el P. de la C. 1253 y coincidens con la importancia de mantener un sistema de salud, en este caso de la Reforma de Salud, robusto y funcional. Sin embargo, es su intención explicar varios puntos que son de importancia para el asunto que se atiende mediante la presente pieza legislativa. Veamos.

- **Tarifas mínimas a los proveedores**

Entre las enmiendas propuestas se encuentra facultar a la ASES a establecer un sistema uniforme y estandarizado de tarifas de compensación mínima para todos los proveedores participantes, siendo esta tarifa mínima obligatoria para las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud en el proceso de contratación con dichos proveedores. Además, dicho sistema de tarifas de compensación se realizará con los principios actuariales y financieros comúnmente utilizados en el sector de servicios de salud y su propósito será establecer los límites mínimos congruentes con la compensación apropiada a los proveedores, según determina la ASES.

Sin embargo, ACODESE señala que este asunto ha sido atendido mediante la Carta Normativa 20-0527, con fecha del 27 de mayo de 2020, donde ASES estableció una tarifa mínima del 70% del Medicare Physician Fee Schedule 2020 como pago a los proveedores por servicios ofrecidos a los beneficiarios del Plan Vital en Puerto Rico. Según surge de dicha normativa, su propósito es incrementar los reembolsos a los proveedores del Plan Vital, a fin de lograr una mayor retención de los profesionales de la salud en la Isla. Además, el Medicare Physician Fee Schedule es una lista publicada por el Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, por sus siglas en inglés), la cual establece los servicios cubiertos bajo Medicare Parte B y el pago por dichos servicios. Según la normativa emitida por ASES la tarifa mínima para los proveedores del Plan Vital es del 70% según el código de procedimiento.

Además, ACODESE explica que es importante recordar que cualquier aumento en los límites de la tarifa que se paga a los proveedores bajo el Plan Vital, está sujeto a la asignación de fondos estatales y/o federales correspondientes. Así fue el caso cuando se estableció la tarifa mínima para los proveedores del 70% del Medicare Physician Fee Schedule. Por otro lado, el proceso de establecer el costo de la prima de una póliza de seguros es uno que conlleva un análisis actuarial que toma en consideración varios aspectos. Por ejemplo, en este cálculo se debe considerar, entre otros extremos, el pago a los proveedores; la utilización del plan médico para servicios de salud; si esta utilización pudiera aumentar; gastos de administración; y, el mantenimiento de una reserva de capital. El Plan Vital no es la excepción y específicamente en el Artículo VI de la Ley Núm. 72 del 1993, según enmendada, se establece que "[l]a prima acordada deberá ser validada actuarialmente como razonable por los actuarios de la [ASES]". En este caso, a pesar de que el asegurador ya realizó un cálculo del costo de la prima, dicho cálculo es validado por la propia ASES, determinándose que el costo de la prima es el adecuado de acuerdo con el análisis actuarial) realizado.

- **Adecuación de la red**

Por otro lado, ACODESE explica que el P. de la C. 1253 propone que se faculte a la ASES a emitir directrices necesarias para mantener la idoneidad y accesibilidad a las redes de proveedores contratadas por las aseguradoras u organizaciones de servicios de salud. Además, ASES podrá emitir las directrices necesarias para habilitar la

contratación de proveedores cuando, a juicio de la ASES, y basado en criterios generalmente aceptados en el mercado de servicios de salud, dicha contratación sea apropiada para el funcionamiento del sistema.

Como punto de partida, ACODESE destaca que el asunto de adecuación de la red de proveedores no es uno creado por amenidad de los aseguradores y organizaciones de servicios de salud. Por disposición federal, específicamente en el Código de Regulaciones Federales, bajo el Capítulo del Centers For Medicare and Medicaid Services, se establecen los estándares para la adecuación de las redes de proveedores bajo el programa de Medicaid. Como regla general se establece que cualquier estado o territorio que contrate con un asegurador para brindar servicios bajo el programa de Medicaid debe desarrollar y ejecutar estándares de adecuación de las redes de proveedores según dispuesto por regulación federal. Para ello se requiere que se consideren varios puntos entre los cuales destacamos los siguientes:

1. La cantidad de beneficiarios que estarán participando del grupo.
2. La utilización proyectada de los servicios.
3. Las características de la población cubierta por el plan.
4. El número y tipo (en términos de entrenamiento, experiencia y especialidad) de los proveedores de la red requerido para cubrir los servicios contratados bajo el plan.
5. El número de proveedores que no están aceptando pacientes de Medicaid.
6. La localización geográfica de los proveedores de la red y los beneficiarios, considerando distancia, tiempo de viaje y modo de transporte.
7. La habilidad de los proveedores de la red para asegurar el acceso, acomodo razonable, comunicación adecuada y que tengan equipo necesario para los beneficiarios con discapacidades físicas o mentales.
8. La disponibilidad de telemedicina y consultas de manera remota que envuelvan soluciones tecnológicas. (Traducción nuestra.)

Además, ACODESE explica que al momento de contratar con ASES, los aseguradores se comprometen a cumplir con ciertos estándares de adecuación de la red de proveedores, en cumplimiento con la regulación aplicable. Como parte de estos estándares se requiere que el asegurador demuestre que la red contratada se distribuye a través de toda la Isla, de manera tal que cumpla con las necesidades de los beneficiarios del Plan Vital. Además, el estricto cumplimiento con lo dispuesto en el contrato es evaluado por ASES.

- **Otras consideraciones**

Con la aprobación del Affordable Care Act (ACA, por sus siglas en inglés), comúnmente conocido como Obamacare, ACODESE indica que se requiere a los aseguradores u organizaciones de servicios de salud a que remitan información sobre

qué porcentaje del dólar prima de los planes médicos está siendo utilizado para servicios de salud y mejoras en calidad de los servicios, lo que se conoce como el "Medical Loss Ratio" (MLR, por sus siglas en inglés). El propósito de este requerimiento es limitar la asignación de dinero correspondiente a las primas, para gastos de administración, mercadeo o que simplemente formen parte de las ganancias de un asegurador u organización de servicios de salud.

Más aún, plantean que bajo el Medical Loss Ratio se requiere que los aseguradores de salud dediquen al menos un 80% a un 85% del dólar prima en servicios de salud. Cualquier asegurador de salud que no cumpla con los requerimientos establecidos bajo el Medical Loss Ratio, debe hacer un reembolso de ese porcentaje del dinero. En el caso del Plan Vital, el Medical Loss Ratio es de 92%, lo que representa una cantidad mayor a la establecida en el Affordable Care Act. En el caso de que el asegurador no utilice ese 92% para servicios de salud o mejora en calidad de los servicios ofrecidos, el dinero no utilizado debe ser devuelto a la ASES. De esta manera se salvaguarda que el dinero pagado por concepto de la prima del Plan Vital es utilizado para los gastos de los servicios médicos que requieren los beneficiarios del plan.

Por otro lado, de la Sección 1 y la Sección 2 de la Ley Núm. 72 del 1993 surge la facultad de la ASES para evaluar y fiscalizar el cumplimiento de los aseguradores y organizaciones de servicios de salud que contraten con esta. Específicamente se establece que ASES será "responsable de fiscalizar y velar por la capacidad y efectividad de cumplimiento de las organizaciones, refiriéndose a aseguradores y organizaciones de servicios de salud". Tanto los asuntos de las tarifas a proveedores, la adecuación de las redes de proveedores, así como la autoridad para evaluar y fiscalizar el desempeño de los aseguradores y organizaciones de servicios de salud son asuntos que pueden y han sido atendidos por ASES dentro del marco de la regulación federal y estatal correspondiente. En vista de lo anterior, ACODESE entiende que los asuntos contenidos en el Proyecto de la Cámara 1253 ya son tratados contractualmente sin necesidad de enmendar la ley.

F. Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico

El Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico (en adelante el Colegio) expresa que apoya la medida presentada, aunque son de la posición de que ASES ya tiene las facultades y funciones que se promueven en el proyecto. La facultad de ASES de implementar el programa de planes de servicios médicos hospitalarios basados en seguros de salud le permite a ASES condicionar la contratación de las aseguradoras a que cumplan con un sistema uniforme y estandarizado de tarifas a proveedores, reglamentar las redes de proveedores o forzar la contratación de todo médico cualificado que requiera contratación a las aseguradoras bajo el Plan Vital. El último requerimiento de propuestas (RFP) para el programa de Vital que tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2023, contempla el establecimiento de tarifas uniformes y la apertura de las redes de

proveedores, como parte de las iniciativas para ampliar la disponibilidad de médicos en el sistema público. Así consta en la propuesta y así lo ha reconocido públicamente el Dr. Carlos Mellado, Secretario de Salud de Puerto Rico.

El Colegio además plantea que el problema de nuestro sistema de salud no es la falta de facultades o funciones de los entes administrativos vinculados al sistema de salud, sino la falta de recursos para fiscalización y foros administrativos que puedan atender sumariamente y con la urgencia que requiere un proceso médico, las controversias que las aseguradoras originan con médicos y pacientes. En el caso de los pacientes, existe el procedimiento adjudicativo sumario, al amparo de las disposiciones de la Ley Núm. 47-2017 de la Oficina del Procurador del Paciente y su Reglamento 9063. Sin embargo, ese procedimiento sumario aplica, exclusivamente, en casos en que al paciente se le deniegue la autorización para recibir servicios de salud mientras esté hospitalizado. Ese procedimiento sumario ante la Oficina del Procurador del Paciente debe aplicar a cualquier denegatoria de cubierta por parte de una aseguradora de salud a un paciente. ASES también, tiene un proceso "sumario" de quejas para pacientes que cuando no es resuelta en 72 horas se convierte en una querrela que le concede 90 días a la aseguradora para ser resuelta y términos adicionales para adjudicar apelaciones, en caso de que el paciente esté insatisfecho con la determinación de la aseguradora. El procedimiento se convierte en meses para atender un asunto médico que probablemente no puede esperar. Las normas son absurdas.

Continúa el Colegio explicando que, en el caso de controversias entre médicos y aseguradoras, particularmente aquellas concernientes a problemas de cubierta, criterio médico y el pago de servicios, no tienen recursos. Ninguna entidad tiene jurisdicción para atender sumariamente controversias entre aseguradoras y médicos. Los médicos debemos tener un foro diligente y capacitado que pueda adjudicar controversias entre aseguradoras y médicos mediante un procedimiento sumario que no resulte oneroso para el médico y le represente mayores pérdidas. Debemos tener consciencia que la parte más vulnerable en la relación contractual con una aseguradora de salud es el médico. La Administración de Seguros de Salud podría tener ese foro adjudicativo a nivel administrativo. Su financiamiento sería viable, imponiéndole a una tasa adicional a las aseguradoras sobre los 256 millones de ganancias que reportaron en el año 2020, ganancias que en su mayoría provienen de aportaciones públicas.

Otra opción que plantea el Colegio, sería legislar para la clase médica una ley como la Ley Núm. 2 del 17 de octubre de 1961, según enmendada, conocida como «Ley Sumaria de Reclamaciones Laborales». Esa ley fue creada para cumplir con la política pública establecida de proteger al obrero que pierde su sustento, o ha sido privado de sus derechos, y a su vez, desalentar el despido injustificado y otras prácticas arbitrarias y caprichosas contra los obreros. Esa legislación reconoce la desigualdad económica entre patronos y obreros y provee un mecanismo menos oneroso y rápido para atender

controversias sin afectar los derechos de las partes. ¿Acaso no se les parece al problema entre aseguradoras y médicos?

El Colegio explica que en nuestro país, se reconoce en el ámbito laboral y empresarial todo lo que declaran que es imposible para los médicos, esto a pesar de que tanto empresarios, obreros, como médicos y pacientes representamos los intereses más importantes del Estado. Los patronos tienen inmunidad de reclamaciones por daños y perjuicios con un sistema de seguro sin falta que siempre ha sido negado a los médicos. Los obreros tienen procedimientos sumarios para atender sus controversias con los patronos. Los médicos carecen de un procedimiento similar. Esto, a pesar de que las condiciones de la relación de los médicos con las aseguradoras son similares a las de la clase obrera con los patronos. Las aseguradoras les quitan el sustento, les cancelan contratos de forma arbitrarias y caprichosas y la desigualdad económica entre aseguradoras y médicos es evidente. No existe diferencia. Entienden que falta que la clase política del país reconozca el estado de indefensión de la clase médica y legisle para establecer el mismo balance que existe en la legislación laboral.

Por último, el Colegio endosa esta medida, pero a su vez invita a esta administración a que presente otras propuestas legislativas que atiendan las preocupaciones esenciales de la clase médica y que son esenciales para que nuestro sistema de salud pueda superar la crisis y sea viable para las próximas generaciones, tanto de médicos, como de pacientes.

Luego de expresada la intención y los comentarios a favor y en contra sobre el Proyecto de la Cámara 1253, según radicado, la Comisión de Salud, 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 con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña en este Informe, las cuales son:

- 1. Se enmienda la Sección 2 del Artículo VII de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, para establecer categóricamente que dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, en donde cada asegurador tiene la obligación de someter a la Administración de Seguros de Salud, un informe estadístico de sus actividades, según lo dispone dicha Sección, que una vez recopilada y analizada por la Administración, ésta deberá someter dicho Informe Estadístico al Gobernador y a la Asamblea Legislativa.**

Esta enmienda surge en base a un requerimiento de información. Cuando el equipo técnico recibe la información solicitada y realiza una búsqueda del Informe estadístico de actividades de las aseguradoras que manejan el Plan Vital según requeridas al amparo de la la Sección 2 del Artículo VII de la Ley Núm. 72, *supra*; nos

percatamos que dicha información está disponible; con un detalle particular. La Ley dispone lo siguiente:

“Sección 2. – Informes de las aseguradoras.

Dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, cada asegurador someterá a la Administración, un informe estadístico de sus actividades. Una vez recopilada y analizada por la Administración, ÉSTA DE REQUERÍRSELE, deberá someterla al Gobernador y a la Asamblea Legislativa. Dicho informe estadístico deberá incluir, como mínimo, lo siguiente:

- (a) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicio preventivo-ambulatorio;*
- (b) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicios primarios;*
- (c) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicios especializados;*
- (d) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a las salas de emergencias;*
- (e) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con cualquier tipo de cáncer;*
- (f) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con condiciones cardiacas;*
- (g) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con hipertensión;*
- (h) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes asmáticos;*
- (i) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con adicción a drogas, nicotina y alcohol;*
- (j) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con enfermedades mentales;*
- (k) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con diabetes;*
- (l) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios a pacientes con enfermedades sexualmente transmisibles; (m) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a mujeres en estado de embarazo, incluyendo relación de edades de las mujeres embarazadas y estado civil de la mismas;*
- (n) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a infantes;*
- (o) Datos estadísticos sobre cantidad de nacimientos;*
- (p) Datos estadísticos sobre vacunación, tanto en infantes como en niños, adolescentes y adultos;*
- (q) Datos estadísticos sobre tipos de enfermedades mayormente tratadas;*
- (r) Datos estadísticos sobre medicación, los cuales deberán incluir todos los medicamentos recetados y una relación de costos de los mismos.*
- (s) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios ofrecidos a personas con sobrepeso u obesidad.*

Cualquier persona o aseguradora que se negare a brindar la información antes descrita, o rehusare producir cualquier documento que se le solicitare, incurrirá en un delito menos grave que aparejará una pena de no más de mil (1,000) dólares ni menos de cien (100) dólares o cárcel por no más de doce (12) meses ni menos de un (1) mes, o ambas penas. El Director Ejecutivo de la Administración podrá recurrir al Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, a fin de compeler la divulgación de la información solicitada.” (Énfasis Suplido).

Como puede observarse, el Informe Estadístico que es requerido por la Ley 72-1993, solo se le somete al Gobernador y a la Asamblea Legislativa, si se le requiere a la Administración de Seguros de Salud que lo haga; como fue el caso del requerimiento de información. Por tal razón, se recomienda esa enmienda para que anualmente sea sometido dicho Informe Estadístico tanto al Gobernador como a la Asamblea Legislativa para su debido análisis y estudio de la utilización de servicios dentro del Plan Vital por parte de las aseguradoras que administran el Plan de Salud Gubernamental.

- 2. Se realizan enmiendas de redacción legislativa y de estilo para atemperar contenido dentro del texto decretativo, el título y la Exposición de Motivos de la medida.**

Respetuosamente entendemos que los planteamientos traídos, esta medida reafirma mediante legislación las herramientas de fiscalización que debe tener la Administración de Seguros de Salud para que pueda emitir directrices necesarias y apropiadas cuando lo entienda apropiado y así habilitar la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras y organizaciones de cuidado de la salud, asegurando de esa forma que las redes de proveedores sean adecuadas, accesibles y completas, así como la provisión de tarifas uniforme por los servicios profesionales prestados que compense de forma adecuada los servicios médico-hospitalarios y de apoyo rendidos a los beneficiarios del plan.

SESIÓN PÚBLICA DE CONSIDERACIÓN FINAL ("MARK-UP SESSION")

Para la aprobación del Proyecto de la Cámara 1253 fue celebrada una Sesión Pública de Consideración Final el día 27 de octubre de 2022. Al no lograr obtener el "quorum" requerido de seis (6) representantes presentes para poder comenzar la Votación Final durante dicha Sesión Pública, se procedió a ordenar la utilización del método alterno de Votación Final mediante Referéndum en fecha posterior conforme a la Sección 12.16 del Reglamento de la Cámara.

HOJA DE REFERENDUM

Se presenta la correspondiente **HOJA DE REFERENDUM** con este Informe Positivo en cumplimiento en la Sección 12.16 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 1253, **recomendando su aprobación**, con las enmiendas contenidas en el entirillado electrónico que se acompaña en este Informe.

Respetuosamente sometido,



SOL Y. HIGGINS CUADRADO
Presidenta
Comisión de Salud

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

19na. Asamblea
Legislativa3ra. Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES


P. de la C. 1253

9 DE MARZO DE 2022

Presentado por los señores y señoras *Méndez Núñez, Rodríguez Aguiló, González Mercado, Aponte Hernández, Ramos Rivera, Meléndez Ortiz, Torres Zamora, Charbonier Chinae, Morales Rodríguez, Morey Noble, Navarro Suárez, Parés Otero, Pérez Cordero, Pérez Ortiz, Lebrón Rodríguez, Morales Díaz, Franqui Atilés, Román López, Peña Ramírez, Bulerín Ramos y Del Valle Correa*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

 Para ~~enmendar el Artículo IV, Sección 2~~ añadir los subincisos (t), (u) y (v) a la Sección 2 del Artículo IV y enmendar la Sección 2 del Artículo VII de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico"; ~~y añadir a ésta los nuevos subincisos (t), (u) y (v)~~ a los fines de establecer nuevas funciones a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para promover y asegurar el acceso de los pacientes a los proveedores de servicios de salud; establecer categóricamente que dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, en donde cada asegurador tiene la obligación de someter a la Administración de Seguros de Salud, un informe estadístico de sus actividades, según lo dispone dicha Sección, que una vez recopilada y analizada por la Administración, ésta deberá someter dicho Informe Estadístico al Gobernador y a la Asamblea Legislativa; para facultar a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico a establecer reglamentación para cumplir con los propósitos de esta ley; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Gobierno de Puerto Rico reconoce el derecho a la salud de nuestros ciudadanos. Para hacer valer dicho derecho y poder facilitar el acceso de servicios de

calidad a la población beneficiaria de los fondos Medicaid y sus programas, la Ley 72-1993, según enmendada, estableció la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (en adelante "ASES").

La creación de ASES es cónsona con los planes estatales de manejo del programa Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Medicaid es un programa mediante el cual el Gobierno Federal aporta ayuda a los estados y territorios para pagar los gastos médicos de ciertos grupos de personas con bajos recursos. Por su parte, CHIP se estableció para brindar nuevas oportunidades de cobertura médica a bajo costo a los niños de familias con ingresos demasiado altos para calificar para Medicaid, pero que no pueden pagar una cobertura privada. ~~En privada.~~ En Puerto Rico se opera como un programa de expansión de Medicaid financiado por el título XXi y cubre a niños de hasta 19 años con ingresos familiares de hasta el 266 por ciento del nivel de pobreza local.

Un plan estatal de Medicaid y CHIP; acorde al Center for Medicare and Medicaid Services (o "CMS" por sus siglas en inglés), *"es un acuerdo entre un estado y el gobierno federal que describe cómo ese estado administra sus programas de Medicaid y CHIP. Ofrece la seguridad de que un estado cumplirá con las reglas federales y puede reclamar fondos de contrapartida federales para las actividades de su programa. El plan estatal establece los grupos de personas que se cubrirán, los servicios que se brindarán, las metodologías para los proveedores que se reembolsarán y las actividades administrativas que se están llevando a cabo en el estado."*

ASES tiene la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, organizaciones de Servicios de Salud y proveedores un sistema de seguros de salud que brinde a todos los residentes de la Isla beneficiarios de Medicaid, CHIP y desde el 2006 los Medicare Platino, acceso a cuidados médico-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. Desde el 1994, ASES ejerce las funciones antes mencionadas, cuando se implementó la llamada Reforma de Salud, hoy día Plan Vital.

Dado lo dinámico del ambiente de los servicios de salud y el balance que debe haber entre los servicios de calidad y el manejo adecuado de los fondos, desde que se promulgó la Ley 72, *supra*, ésta ha sido constantemente enmendada para hacerla una más efectiva y a tenor con los retos que conlleva el servir a dicha población. ~~Sin embargo, su última enmienda fue en el año 2015.~~

El Plan Vital administrado por ASES es el programa de seguros de salud de mayor cantidad de beneficiarios en la Isla, con alrededor de 1.5 millones de beneficiarios adscritos al programa acorde con CMS. Al presente, dado el aumento de la población beneficiaria desde el 2017 por los desastres naturales y la pandemia que han aquejado a Puerto Rico, es menester y una necesidad el mantener una red de proveedores robusta y adecuada, para que nuestros pacientes tengan acceso oportuno, apropiado y completo a dichas redes de proveedores. Por los cambios y dinámicas del

mercado, al presente existen solamente cuatro (4) aseguradores bajo el Plan Vital y cuatro (4) bajo el Medicare Platino. La doctrina económica establece en general que, mientras menos participantes en el mercado, más concentrado éste y mayor el riesgo de colusión, lo que daría al traste con uno de los pilares del Plan Vital que se basa en la competencia por mejores servicios y calidad entre las aseguradoras al ser estas organizaciones de cuidado dirigido ("managed care organizations" o "MCO's" en inglés). A la vez que se buscan los beneficios y la costo-efectividad de un programa de cuidado dirigido, es importante contar con acceso suficiente a la piedra angular del servicio de salud, los proveedores y que sus condiciones sean unas adecuadas. Por tal razón, las funciones fiscalizadoras de ASES deben estar atemperadas a las condiciones dinámicas y los retos que presenta el cuidado de nuestra población más vulnerable.

Lo anterior, forma parte del compromiso esbozado en la página 117 de Puerto Rico Promete en la que expresamos que estaríamos revisando la estructura de la Administración de Servicios de Salud (ASES) para enfatizar las competencias gerenciales y líneas de responsabilidad donde la ASES debe tener un rol protagónico en la contratación de proveedores para el Plan VITAL.

En atención a lo anterior es pertinente que ASES pueda emitir directrices necesarias y apropiadas cuando lo entienda apropiado y así habilitar la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras y organizaciones de cuidado de la salud, asegurando de esa forma que las redes de proveedores sean adecuadas, accesibles y completas, así como la provisión de tarifas uniforme por los servicios profesionales prestados que compense de forma adecuada los servicios médico-hospitalarios y de apoyo rendidos a los beneficiarios del plan. En adición, se enmienda la Sección 2 del Artículo VII de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, titulado "Informes de las aseguradoras" para establecer categóricamente que dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, en donde cada asegurador tiene la obligación de someter a la Administración de Seguros de Salud, un informe estadístico de sus actividades; que una vez recopilada y analizada por la Administración, ésta deberá someter dicho Informe Estadístico al Gobernador y a la Asamblea Legislativa.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

- 1 Artículo Sección 1. Se enmienda añaden los subincisos (t), (u) y (v) a la Sección 2 del
 2 Artículo IV el artículo IV, Sección 2 de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, para que
 3 se lea como sigue:
 4 "ARTÍCULO IV. – ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO
 5 RICO.

1 Sección 1. — Creación.

2

3 Sección 2. — Propósitos, Funciones y Poderes:

4 La Administración será el organismo gubernamental encargado de la
5 implantación de las disposiciones de esta Ley. A esos fines, tendrá los siguientes
6 poderes, funciones, que radicarán su Junta de Directores:

7 (a) Implantar planes de servicios médico-hospitalarios basados en seguros de salud.

8 ...

9

10

11

12

13 (t) *Establecer, de conformidad con las leyes y regulaciones federales aplicables, el Plan Estatal de*

14 *Medicaid para Puerto Rico, y las leyes y reglamentos del Gobierno de Puerto Rico, un sistema*

15 *uniforme y estandarizado de tarifas de compensación mínima para todos los proveedores*

16 *participantes que será obligatoria para las aseguradoras y organizaciones de cuidado de la salud*

17 *en sus procesos de contratación con dichos proveedores. Este sistema de tarifas de compensación*

18 *mínima se realizará de conformidad con los principios actuariales y financieros generalmente*

19 *usados en los sectores de servicios de salud tanto local como nacional; provisto, sin embargo, que*

20 *dicho sistema de tarifas de compensación mínima no tendrá el propósito de establecer tarifas*

21 *específicas para la compensación de servicios de salud particulares, sino proveer los límites*

22 *mínimos congruentes con la compensación apropiada a los proveedores según determinado por la*

1 Administración a base de su peritaje y de las condiciones de mercado de servicios de salud
2 generalmente aceptadas. La Administración creará y adoptará los reglamentos, protocolos y
3 metodología apropiados para fijar estas tarifas de compensación mínima, los cuales serán
4 revisados de tiempo en tiempo para actualizar su contenido y congruencia con las condiciones de
5 mercado.

6 (u) Emitir las directrices necesarias y apropiadas para mantener la idoneidad y accesibilidad a
7 las redes de proveedores contratadas por las aseguradoras u organizaciones de servicios de salud
8 de manera que los beneficiarios del sistema tengan acceso oportuno, apropiado y completo a
9 dichas redes de proveedores. La Administración podrá emitir, además, directrices necesarias y
10 apropiadas para habilitar la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras y
11 organizaciones de cuidado de la salud cuando, a juicio de la Administración, y basado en criterios
12 generalmente aceptados del mercado de servicios de salud, sea apropiada para el funcionamiento
13 del sistema esta contratación adicional. Lo anterior es sin perjuicio de la capacidad de
14 negociación individual sobre tarifas específicas para los servicios de las aseguradoras,
15 organizaciones de cuidado de la salud y proveedores, todo de estricta conformidad con el
16 subinciso (t) anterior.

17 (v) La Administración, con el fin de garantizar la sana administración y transparencia
18 financiera, podrá auditar, monitorear y/o fiscalizar todo lo relacionado a los acuerdos de
19 compensación entre las aseguradoras y los proveedores de servicio, incluyendo, pero no limitado
20 a los pagos bajo capitación, por tarifa, distribución de riesgo, retenciones o incentivos hechos a los
21 proveedores. La capacidad de fiscalización, auditoría y monitoreo de la Administración sobre las
22 organizaciones de cuidado de salud y/o proveedores no estará limitada por la relación contractual

1 *que vincula el proveedor con la aseguradora de manera que, la Administración podrá*
 2 *directamente intervenir y administrar cualquier proceso de fiscalización con el fin de garantizar*
 3 *el cumplimiento de la sana administración y transparencia financiera, y de conformidad con las*
 4 *leyes y regulaciones federales aplicables, el Plan Estatal de Medicaid para Puerto Rico, y las leyes*
 5 *y reglamentos de Puerto Rico."*

6 Sección 2.-Se enmienda la Sección 2 del Artículo VII de la Ley Núm. 72-1993, según
 7 enmendada, para que se lea como sigue:

8 "ARTÍCULO VII. – INFORMES

9 ...

10 Sección 2. – Informes de las aseguradoras.

11 Dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, cada asegurador
 12 someterá a la Administración, un informe estadístico de sus actividades. Una vez
 13 recopilada y analizada por la Administración, ésta [de requerírsele,] deberá [someterla]
 14 someter dicho Informe Estadístico al Gobernador y a la Asamblea Legislativa. Dicho
 15 informe estadístico deberá incluir, como mínimo, lo siguiente:

16 (a) ...

17 (b) ...

18 ...

19 (s) ...

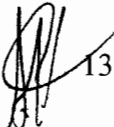
20 Cualquier persona o aseguradora que se negare a brindar la información antes
 21 descrita, o rehusare producir cualquier documento que se le solicitare, incurrirá en un
 22 delito menos grave que aparejará una pena de no más de mil (1,000) dólares ni menos

1 de cien (100) dólares o cárcel por no más de doce (12) meses ni menos de un (1) mes, o
2 ambas penas. El Director Ejecutivo de la Administración podrá recurrir al Tribunal de
3 Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, a fin de compeler la divulgación de
4 la información solicitada."

5 Sección 3. 4.-Reglamentación.

6 Se ordena a la Administración de Seguros de Salud a tomar todas las medidas
7 administrativas y reglamentarias necesarias a fin de lograr la efectiva consecución de lo
8 dispuesto en esta Ley, ~~en los próximos sesenta (60) días.~~

9 Sección 5 4.-Cláusula de Separabilidad

10 Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta Ley fuere
11 declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto dictada
12 no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de la Ley. El efecto quedará limitado a la
13  cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de la Ley que así hubiere sido
14 declarada inconstitucional.

15 Sección 6 5.-Vigencia

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