(Sustitutivo de la Cámara
al P. del S. 217)
(Conferencia)

LEY NUM. 5
3 DE ENERO DE 2014

Se enmienda el Artículo 2.020, se añade un nuevo inciso I y se reenumeran los actuales incisos I al CC como incisos J al DD del Artículo 2.030, y se añade un nuevo Artículo 2.090 a la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico"; para establecer la política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico relacionada con la interpretación de las disposiciones del Código de Seguros de Salud, o de surgir algún conflicto entre lo establecido en este Código de Seguros de Salud y cualquier otra legislación, que la interpretación que prevalecerá será aquella que resulte más favorable para el paciente; para prohibir a todo asegurador, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, negar la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud a dicho paciente, cuando medie una recomendación médica basada en una necesidad médica a estos fines, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza; establecer dentro del Código de Seguros de Salud la definición del concepto de necesidad médica; se añade la Sección 18 al Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", con el fin de prohibir que ninguna compañía de seguros de salud, asegurador, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, que contrate con la Administración para el manejo o implantación del Plan de Salud Gubernamental, niegue la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud a dicho paciente, cuando medie una recomendación médica basada en una necesidad médica a estos fines, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza, además de que no se negará ningún referido para evaluación de especialistas o sub-especialistas a un suscriptor o paciente del Plan de Salud

Gubernamental cuando se encuentre basada en la premisa de necesidad médica; se añade los nuevos incisos (o) y (p) al Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, mejor conocida como "Ley del Procurador del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico", a los fines de establecer la jurisdicción y responsabilidad de la Oficina del Procurador de la Salud en la resolución de querellas por el incumplimiento de esta Ley y establecer penalidades; y establecer reglamentación y vigencia.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Es un deber ineludible del Estado velar continuamente por la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a los ciudadanos y eliminar todo los obstáculos que éstos enfrentan en la consecución de un estado óptimo de salud. En el ámbito de los servicios de salud, la relación médico-paciente desempeña un rol primordial en el proceso de aliviar los padecimientos de salud y prevenir la enfermedad; siendo el médico el profesional de la salud autorizado para determinar cuál tratamiento médico necesita brindarse a un paciente en estado de necesidad.

Dentro del marco de los servicios de salud, las aseguradoras utilizan directrices o guías clínicas estandarizadas con el fin de establecer procesos de revisión de utilización de servicios de los planes médicos por los pacientes asegurados. Estas guías médicas son nacionalmente aceptadas y contienen principios de cuidado clínico en base a lo que consideran las mejores prácticas de la medicina.

Uno de los problemas medulares que están confrontando los pacientes en Puerto Rico es que diariamente existen choques entre médicos, facilidades de salud, proveedores de servicios de salud y aseguradoras cuando un paciente necesita un tratamiento médico, el mismo se brinda y luego de facturado no se procede con el pago de los servicios brindados por controversias con el largo de la estadía hospitalaria, por el tratamiento brindado por discrepancias con lo establecido en las guías clínicas de los asegurados sobre el criterio médico. Diariamente en los medios de comunicación de país se escuchan las quejas de los médicos, los hospitales y de los pacientes con las múltiples restricciones y obstáculos que entienden les imponen las compañías de seguros, los cuales les dificultan el seguir las recomendaciones de cuidado según dispuestas por su médico. Además, en muchas ocasiones, luego de prestado el servicio médico y el paciente ha salido del hospital, surgen controversias con el servicio prestado en base a las guías clínicas estandarizadas que utilizan las aseguradoras fin de establecer procesos de revisión de utilización de servicios de los planes médicos por los pacientes asegurados.

Por tanto, esta Asamblea Legislativa entiende necesaria la aprobación de esta medida con el fin de establecer varios parámetros importantes: se reconoce como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que la salud es un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro. Además, se garantiza a los ciudadanos que el criterio de necesidad médica sólo podrá ser ejercida por los médicos sin que existan intervenciones indebidas por parte de un asegurador o proveedor de planes médicos, en particular a lo concerniente a las recomendaciones médicas relacionadas a la necesidad de hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo según se dispone en esta Ley. También, se añade la Sección 18 al Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, para establecer unas prohibiciones similares para que le sean de aplicación al Plan de Salud Gubernamental de Puerto Rico. Y por último, entendemos necesario darle la jurisdicción a la Oficina del Procurador de la Salud para que intervenga y atienda querellas sobre estos asuntos sin menoscabo de los poderes de investigación y atención de querellas que tiene la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

Entendemos que con esta Ley hacemos un balance entre la realidad de las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico. Si bien es cierto que las guías clínicas son una herramienta utilizada por las aseguradoras como medio de control de calidad para asegurarse que los pagos que se realicen a los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico sean basados en servicios de calidad para los pacientes; es importante establecer que las mismas son solamente instrumentos de apoyo para la toma de decisiones informadas basadas en la necesidad médica. El elemento de necesidad médica es el criterio máximo que debe utilizar todo médico al momento de la toma de decisiones para brindar tratamiento a un paciente. Y jamás debe utilizarse estas guías como la razón principal para negar algún tipo de tratamiento o pago por los servicios realizados. El criterio de necesidad médica debe ser siempre ejercido por el médico, y todo tratamiento se evalúa caso a caso; y ninguna aseguradora debe de impedir el pago por servicios prestados a un paciente cuando exista la necesidad médica y la misma se encuentre fundamentada en evidencia clínica que sostenga dicha determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente; independientemente de lo que establezcan las guías médicas utilizadas por las aseguradoras.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda el Artículo 2.020 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico" para que se lea como sigue:

"Artículo 2.020. Declaración de Política Pública

El Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico adopta como política pública el garantizar una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo la regulación de aquellas entidades que ofrecen planes médicos grupales e individuales. Como parte de esa política pública, es vital que se cumplan las normas promovidas por la Reforma de Salud Federal implantada a través del "Patient Protection and Affordable Care Act" y el "Health Care and Education Reconciliation Act." De igual forma, a nivel estatal es necesario recoger y uniformar, en lo posible, en un nuevo cuerpo legal conocido como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, las normas legales aplicables a esta importante industria, la cual ha experimentado un crecimiento sin precedentes en los pasados años.

La política pública aquí adoptada tiene como fin primordial lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud y promover un mayor crecimiento y desarrollo de esta industria.

En adición, se reconoce como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que la salud es un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro. Por tanto, en caso de necesitar interpretar las disposiciones de esta Ley o surgir algún conflicto entre lo establecido en este Código de Seguros de Salud y cualquier otra legislación, la interpretación que prevalecerá será aquella que resulte más favorable para el paciente."

Artículo 2.-Se añade un nuevo inciso I. y se reenumeran los actuales incisos I. al CC. como incisos J. al DD. del Artículo 2.030 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"Artículo 2.030. Definiciones

Para fines de este Código y excepto para aquellos Capítulos donde se provea una definición más específica, los siguientes términos tendrán el significado que se indica a continuación:

A. …

I. "Necesidad médica" significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

1. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;

2. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;

3. La determinación de "necesidad médica" no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;

4. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y

5. Que dicha determinación de "necesidad médica" esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

J. …

DD. …"

Artículo 3.-Se añade un nuevo Artículo 2.090 a la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"Artículo 2.090 – Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados

Bajo este Código se establece que ninguna compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, negará la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, cuando medie una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica definida en este Código, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza."

Artículo 4.-Para añadir la Sección 18 al Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"ARTÍCULO VI. — PLAN DE SEGUROS DE SALUD

Sección 1.- …

Sección 18 – Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados

Se establece que ninguna compañía de seguros de salud, asegurador, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, que contrate con la Administración para el manejo o implantación del Plan de Salud Gubernamental al amparo de esta Ley, negará la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, cuando medie una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza. En el caso de los profesionales de la salud, se establece que no se negará ningún referido para evaluación de especialistas o sub-especialistas a paciente del Plan de Salud Gubernamental por parte de un médico primario cuando sea medicamente necesario. Para los efectos de esta Sección, el término de "necesidad médica" significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

1. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;

2. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;

3. La determinación de "necesidad médica" no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí

mismo o de otro proveedor de atención médica;

4. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quién determinó la necesidad médica; y

5. Que dicha determinación de "necesidad médica" esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente."

Artículo 5.-Se añade los nuevos incisos (o) y (p) al Artículo 7 de la Ley Núm. 77-2013, para que se lea como sigue:

"Artículo 7.-Responsabilidades del Procurador

El Procurador será responsable de la organización y funcionamiento de la Oficina, para lo cual tendrá las siguientes facultades y deberes:

(a) . . .

. . .

(o) Tendrá jurisdicción para atender querellas relacionadas con la negación de autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, por parte de cualquier compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas; cuando haya mediado una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica según se define en la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza.

(p) El Procurador tendrá la responsabilidad de colaborar y asesorar de forma continua al Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud, el Comisionado de Seguros, la Administración de Servicios Médicos y cualesquiera otras entidades e instrumentalidades del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en relación a cualquier cambio del sistema de salud."

Artículo 6.-El Comisionado de Seguros, en coordinación y consulta con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, el Procurador del Paciente y el Secretario del Departamento de Salud, adoptará la reglamentación necesaria para velar por el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley, en un término no mayor de noventa (90) días a partir de la aprobación de la misma.

Artículo 7.-Cláusula de Separabilidad

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

Artículo 8.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.