

(P. del S. 2190)

LEY NUM. 203 8 DE AGOSTO DE 2008

Para añadir un Capítulo XXXI a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, a fin de declarar la política pública del Gobierno de Puerto Rico, autorizando la negociación colectiva para la contratación entre los proveedores, representantes de proveedores y administradores de terceros, y las organizaciones de servicios de salud; facultar a la Oficina del Comisionado de Seguros a supervisar y fiscalizar dicho proceso de negociación; disponer para el nombramiento de una Comisión de Arbitraje en caso de controversia o impase; crear la Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros; y ordenar al Departamento de Salud, a la Oficina de Asuntos Monopolísticos y a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico a aprobar la reglamentación necesaria para la implantación de lo dispuesto por este Capítulo; y para otros fines.

EXPOSICION DE MOTIVOS

En Puerto Rico casi el cien (100) por ciento de la población está asegurada por un plan médico, ya sea privado o de la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico. De las compañías de seguros, existen alrededor de cuatro (4) aseguradoras que controlan casi la totalidad del mercado de seguros y planes médicos. Por tanto, los proveedores activos en la Isla se ven obligados por la necesidad, a aceptar los planes médicos para poder subsistir.

Esas grandes compañías de seguros médicos, convertidas en corporaciones, con fines de lucro, dominan el mercado y dictan y establecen los honorarios y tarifas de forma unilateral mediante contratos de adhesión, haciendo realidad la máxima de “lo tomas o lo dejas”. Por ser aplicable a éstos la legislación antimonopolística, los proveedores no pueden organizarse para negociar tarifas justas y razonables por los servicios prestados.

No obstante lo anterior, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos reconoció el derecho y la autoridad de los estados a articular, aprobar y poner en vigor leyes que establezcan una política pública sobre lo establecido en la legislación antimonopolística. En *Parker v. Brown*, 317 U.S. 341 (1943), y en *FTC v. Ticor Tile Ins. Co.*, 504 U.S. 621 (1992), el más Alto Foro Federal reconoció el poder de un estado a establecer excepciones a la legislación y reglamentación federal, siempre y cuando en la legislación se exprese que esa es la política pública del gobierno y que la misma estará activamente supervisada por el Estado.

Así las cosas, estudios preparados concluyen que las tarifas que pagan los planes médicos han permanecido básicamente intactas y con poca revisión por décadas. Por el contrario, los costos operacionales han aumentado vertiginosamente. Dada esta situación, los proveedores se ven forzados a atender un número significativamente alto de pacientes para poder cubrir los costos de su práctica. A su vez, ello afecta de forma perjudicial la calidad de los servicios que prestan, en términos de la limitación en tiempo contacto con los pacientes que atienden.

Ha llegado el momento de que el Gobierno intervenga activamente para establecer unas reglas de juego limpias, necesarias para que exista un balance de competitividad en la contratación de los servicios de salud. De esta manera, todas las partes involucradas, el consumidor, los proveedores y las aseguradoras, serán beneficiadas.

La presente Ley persigue enmendar el Código de Seguros de Puerto Rico para que bajo las circunstancias y condiciones que aquí se decretan, los proveedores que así lo interesen, tengan la facultad de negociar colectivamente los términos de sus contratos, incluyendo los honorarios y tarifas con las organizaciones de servicios de salud. Disponiéndose, como salvaguarda, para que el Estado, mediante la intervención de la Oficina del Comisionado de Seguros fiscalice y supervise el proceso de negociación, mediante una Comisión de Arbitraje, nombrada por el Departamento de Salud, que atienda los impases o controversias que puedan surgir durante el referido proceso de negociación.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Se añade un Capítulo XXXI a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, para que se lea como sigue:

“Capítulo XXXI

Negociación Colectiva de Proveedores y Organizaciones de Servicios de Salud

Artículo 31.010.- Política Pública del Gobierno de Puerto Rico. El Gobierno de Puerto Rico declara como política pública la autorización de la negociación colectiva para la contratación entre los proveedores y las organizaciones de servicios de salud. Esta política pública persigue establecer un balance de competitividad en la contratación de los servicios de salud, resultando beneficiados los consumidores, los proveedores, los administradores de terceros y las propias organizaciones de servicios de salud.

El Gobierno de Puerto Rico reconoce que hay planes de salud que dominan el mercado, a tal grado que las negociaciones justas entre los proveedores, los administradores de terceros y las organizaciones de servicios de salud prácticamente son inexistentes e inalcanzables. En esos casos, los administradores de terceros y las organizaciones de servicios de salud tienen, esencialmente, el poder de establecer unilateralmente los términos de los contratos de adhesión que ofrecen a los proveedores. Por tanto, el Gobierno de Puerto Rico encuentra apropiado y necesario autorizar la negociación colectiva en cuanto a los honorarios y otros asuntos donde se determine que existe un desequilibrio en la referida contratación.

Artículo 31.020.- Definiciones. Para propósitos de este Capítulo, los siguientes términos o frases tendrán el significado que a continuación se indica, a menos que dentro del contexto en que los mismos sean utilizados, surja claramente otro significado:

- (1) Plan de cuidado de salud – significa aquel definido como “Plan de cuidado de salud” en el Artículo 19.020 de este Código.
- (2) Persona – significa una persona natural, asociación, asegurador, grupo, sindicato, “trust”, compañía, sociedad, organización, corporación o cualquier otra entidad jurídica.
- (3) Proveedor – significa todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorios, farmacias, servicios médicos de emergencia, pre-

hospitalarios, proveedor de equipo médico, o cualquier otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, ya sea de manera grupal o individual y que bajo contrato con una organización de servicios de salud y administradores de terceros, preste servicios de cuidado de salud a suscriptores o beneficiarios de un plan de cuidado de salud.

(4) Organización de servicios de salud – significa aquel definido como “Organización de servicios de salud” en el Artículo 19.020 de este Código. Para efectos de este Capítulo, se incluirá en esta definición a los aseguradores por incapacidad, autorizados a suscribir seguros de salud, según el Capítulo 3 de este Código.

(5) Entidad proveedora de servicios de cuidado de salud – significa cualquier persona que ofrezca o se obligue a proveer servicios de salud, a uno o más planes de cuidado de salud, conforme al Código de Seguros.

(6) Representante de proveedor – significa un tercero, autorizado por el proveedor para negociar a su nombre, con las organizaciones de servicios de salud, los términos y condiciones contractuales entre las partes y el proveedor, que deberá tener:

- Autoridad y facultades que le son conferidas;
- Término para ejercer dicha función;
- Método válido para hacer constar la delegación de dicho poder o facultad;
- Persona con autoridad para conferirle facultades;
- Validez del contrato;
- Responsabilidad civil exigible, y a quién obliga.

(7) Administrador de terceros – Es una organización pública o privada que procesa reclamaciones de proveedores sin asumir riesgo. Usualmente son contratados por organizaciones de servicios de salud u otras entidades que se autoaseguran, con el propósito de que administren los servicios de: procesamiento de reclamaciones, cobro de primas, contratar proveedores, pago a proveedores y actividades administrativas.

A los efectos de este Capítulo, los términos tendrán el significado antes expresado, pero en caso de controversia sobre su alcance se utilizarán de manera supletoria, las definiciones que se expresan en los Artículos 1.030, 1.050 y 19.020 de este Código.

Artículo 31.030.- Negociación Colectiva Autorizada. Los proveedores, dentro del área de servicio de un plan de cuidado de salud, o los representantes de proveedores, podrán voluntariamente reunirse agrupados por especialidad o área geográfica. Los grupos o corporaciones autorizados para negociar colectivamente no podrán exceder del 20% de los proveedores para dicha especialidad o servicio en esa área geográfica, áreas que serán definidas por el Departamento de Salud, con el asesoramiento de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia. Disponiéndose, sin embargo, que los hospitales sólo podrán negociar como corporación individual. Estos grupos o corporaciones estarán autorizados a negociar colectivamente los siguientes términos y condiciones de sus contratos con los administradores de terceros y organizaciones de servicios de salud:

- (1) Honorarios y tarifas por servicios de cuidado de salud;
- (2) Guías de la práctica clínica y criterios de cubierta;

(3) Procedimientos administrativos, incluyendo métodos y tiempo de servicio para el pago de honorarios de los proveedores;

(4) Procedimientos para la resolución de conflictos relacionados a disputas entre las organizaciones de servicios de salud y los proveedores, relativas a los planes de cuidado de salud;

(5) Procedimientos de referidos a suscriptores;

(6) Formulación y aplicación de los métodos de reembolso a los proveedores;

(7) Programas de garantías de calidad;

(8) Procedimientos de revisión para la utilización de servicios de cuidado de salud;

(9) Selección de proveedores en cuanto a los planes de cuidado de salud y los criterios de terminación del contrato; y

(10) La inclusión o alteración de los términos y condiciones, en la medida en que estén sujetas a las regulaciones del Gobierno de Puerto Rico, prohibiendo o requiriendo el término o condición particular en cuestión; dado, sin embargo, que la referida condición no limita los derechos de los proveedores para conjuntamente solicitarle al Gobierno de Puerto Rico una modificación a las regulaciones.

Artículo 31.040.- Supervisión del Proceso de Negociación.- La Oficina del Comisionado de Seguros fiscalizará y supervisará las negociaciones entre los proveedores o representantes de proveedores, administradores de terceros y las organizaciones de servicios de salud, con relación a los planes de cuidado de salud, conforme a los poderes y facultades conferidas por ley. La Oficina del Comisionado de Seguros tendrá la responsabilidad de que los resultados del proceso de negociación armonicen con las restantes disposiciones del Código de Seguros. Para ello, establecerá los mecanismos reglamentarios necesarios. Se dispone además, que antes de comenzar cualquier proceso de negociación, se tendrá que notificar a la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia. La vigencia mínima de los acuerdos realizados será de dos (2) años.

Artículo 31.050.- Método de Resolución de Controversias o Impases en la Negociación.- Los proveedores, representantes de proveedores, administradores de terceros y las organizaciones de servicios de salud someterán a arbitraje cualquier controversia que haya llegado a un punto muerto o impase en el proceso de la negociación colectiva autorizada mediante este Capítulo.

A solicitud de cualquiera de las referidas partes, el Departamento de Salud, previa notificación a la otra parte, nombrará una Comisión de Arbitraje, la cual se regirá en todo su proceder por la reglamentación que prepararán el Departamento de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros, amparándose en la Ley Núm. 376 de 8 de mayo de 1951, según enmendada, conocida como "Ley de Arbitraje de Puerto Rico". Cada Comisión de Arbitraje que estará constituida a los quince (15) días de ser notificados por parte de las partes que se designen estará compuesta por los siguientes tres (3) árbitros, los cuales serán nombrados de la siguiente manera:

(1) Un(a) economista, preferiblemente con experiencia en el campo de la salud o de los seguros, designado(a) por el Presidente de la Asociación de Economistas;

(2) Un(a) interventor(a) neutral independiente, certificado por el Negociado de Métodos Alternos para la Solución de Conflictos, adscrito a la Oficina del Juez Presidente o de la Jueza Presidenta del Tribunal Supremo de Puerto Rico.

(3) Un(a) experto(a) en el área de servicio de salud, designado(a) por el (la) Secretario (a) del Departamento de Salud, y que no tenga conflictos de interes.

El laudo emitido por el panel de árbitros podrá ser revisado por el Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, dentro de cuya demarcación territorial residen las partes o cualquiera de ellas, y se verá sumariamente, previo el emplazamiento dispuesto por ley.

El pago de los árbitros será responsabilidad de las partes; y el Departamento de Salud se responsabilizará por el desembolso, quedando este asunto, así como todos los demás, relacionados al funcionamiento de las comisiones de arbitraje, sujeto a la reglamentación que las tres (3) agencias mencionadas prepararán.

Artículo 31.060.- Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros. Se crea una Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros, la cual tendrá la facultad de regular, supervisar y aprobar las tarifas por concepto de primas que cobran las personas, proveedores, organizaciones de servicios de salud y los planes médicos. De la negociación entre las partes involucradas, resultar en un aumento en deducible o copago, prima o tarifa, las partes deberán notificar al Comisionado de Seguros, la Procuradora del Paciente, Procurador del Ciudadano y al Departamento de Salud, y obtener autorización para tal aumento, previo a que el mismo se ponga en efecto. Este panel, también tendrá autoridad para atender cualquier acto unilateral que conlleve un aumento en primas o reducción de cubiertas y/o servicios, el cual será revisable en su totalidad por la Junta creada en este Capítulo. Todas estas entidades deberán de aprobar dicho aumento.

Artículo 31.070.- Prohibición de determinadas acciones conjuntas.- Cualquier acción por alguna de las partes que limite la prestación de servicios, sea en la figura de amenazas de boicot, huelga u otra acción coordinada por parte de los proveedores, estará sujeta a la fiscalización de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia para determinar si viola las disposiciones de esta Ley o de la Ley contra monopolios. De determinar la Oficina de Asuntos Monopolísticos que alguna de las partes ha incurrido en violaciones a la Ley Núm. 77 de 25 de junio de 1964, según enmendada, se impondrá responsabilidad civil y/o criminal de acuerdo a las penalidades provistas en dicha Ley. Disponiéndose, además, que las organizaciones de servicios de salud no podrán tomar acciones en represalia o coercitivas en contra de los proveedores durante el proceso de negociación, tales como el aguantar pagos, auditorias, y otras acciones similares.

Bajo este Capítulo se prohíbe que cualquier entidad, que de manera compulsoria agrupe profesionales de la salud, se convierta en representante de proveedores en los procesos de negociación.

Artículo 31.071.- Nada en lo dispuesto en esta Ley nenoscabará las facultades generales delegadas en el Secretario del Departamento de Asuntos al Consumidor ni las que otorga la Ley Núm. 238 de 2004, conocida como “La Carta de Derecho de las Personas con Impedimentos”, en su Artículo 6, inciso (d).

Artículo 31.080.- Aprobación de reglamentación.- La Oficina de Asuntos Monopolísticos, adscrita al Departamento de Justicia, el Secretario de Salud y el Comisionado de Seguros adoptarán la reglamentación conveniente y necesaria para la implantación de las disposiciones de este Capítulo. Dichos reglamentos deberán ser aprobados en un término de sesenta (60) días, a partir de que entre en vigor esta Ley. De incumplir estas agencias con este mandato, se podrá recurrir ante el Tribunal de Primera Instancia mediante recurso de Mandamus. Asimismo, podrá ser procesado por un delito menos grave, y culpable que fuere, se le podrá imponer una multa de hasta diez mil dólares

(\$10,000), en el carácter personal del jefe de la agencia. Una vez confeccionados estos reglamentos, serán remitidos a la Asamblea Legislativa.

Artículo 2.- La Asamblea Legislativa evaluará las disposiciones de este Capítulo a los cuatro (4) años de que entre en vigor el mismo.

Artículo 3.- La prohibición al Comisionado de Seguros establecidas en el inciso b del Artículo 12.020 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, según enmendada, no aplicará en este Capítulo para los efectos de esta Ley.

Artículo 4.- Esta Ley comenzará a regir a partir de los noventa (90) días de su aprobación.