Ley Núm. 104 del año 2002

(P. del S. 1574) 2002 ley 104
(Conferencia)

Para adicionar el capitulo 30 a la Ley Núm. 77 de 1957: Código de Seguros de P.R.
LEY NUM. 104 DE 19 DE JULIO DE 2002

Para adicionar un nuevo Capítulo 30 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico"; fijar plazos a los aseguradores y a las organizaciones de servicios de salud para el pago de reclamaciones a los proveedores de servicios de salud; disponer el procedimiento para objetar las reclamaciones; y establecer penalidades.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Garantizar el acceso y velar por el ofrecimiento eficiente de servicios de salud es responsabilidad vital del Estado. Esta función está revestida de un alto interés público, manifiesto en la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, mediante la creación del Departamento de Salud para asegurar el bienestar mental y físico de la ciudadanía. Un pueblo saludable contribuye al fortalecimiento y desarrollo de la nación.

Los servicios de salud en Puerto Rico son ofrecidos por proveedores de salud, entre los cuales se encuentran: médicos, dentistas, hospitales, laboratorios, ambulancias y otros proveedores, los cuales atienden directamente las necesidades del pueblo. En la mayoría de las ocasiones, dichos proveedores, mediante previa negociación y contratación, obtienen el pago por su trabajo de manos de aseguradoras u organizaciones de servicios de salud, las cuales ofrecen a la ciudadanía cubiertas de seguro de salud.

En la Isla existen aproximadamente 3.3 millones de personas aseguradas por un plan de cuidado de salud o un seguro de salud. Alrededor de 138 aseguradoras de salud han sido autorizadas por el Comisionado de Seguros para hacer negocios en la Isla. De éstas, el 94.75% de las primas suscritas corresponden a aseguradoras locales, tales como: Triple-S, Inc., La Cruz Azul de Puerto Rico, Inc., y Humana Health Plan of Puerto Rico, Inc., entre otras. El restante 5.75% corresponde a aseguradoras norteamericanas autorizadas a hacer negocios en Puerto Rico. Datos de la Oficina del Comisionado de Seguros afirman que la industria de seguros de salud asciende a $2.5 billones de dólares en primas suscritas, de los cuales, se pagan reclamaciones equivalentes a $2.1 billones.

Con la aprobación de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", la industria de seguros de salud aumentó el

número de suscriptores, lo que a su vez magnificó el proceso de pago de reclamaciones. Éstos han visto incrementado su trabajo, pero el cobro por los servicios prestados se ha dificultado. Esta situación ha resultado en desventaja para los pacientes beneficiarios de seguros de cuidado de salud porque el sistema implantado ha generado controversia entre la relación asegurado-proveedor. Las aseguradoras han ocupado el rol de intermediario entre el servicio prestado y el pago por el mismo, afectando adversamente la prestación de servicios de salud.

El pago tardío, incumplimientos contractuales, ofertas de pago por debajo de la cantidad reclamada y la falta de pago por insolvencia económica, son algunos de los problemas enfrentados por los proveedores de servicios, trayendo como consecuencia que éstos opten por no participar dentro de ciertos planes de cuidado de salud, entre ellos el de la Reforma de Salud en 1993. Esta situación ha alterado el sistema de salud en el país. Mientras unos asegurados ven aumentados los costos de sus primas de seguros de salud, otros ven frustradas sus promesas de libre selección de servicios.

La prestación de servicios de salud de calidad a la población puertorriqueña está revestida del mayor interés público. Incumbe al Estado velar para que el ofrecimiento de tales servicios no se interrumpa, ni se menoscabe. Motivados por esta preocupación, más de 40 estados de la nación norteamericana han legislado para establecer parámetros a la relación asegurador y proveedor de servicios. El Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce la necesidad de regular dicha relación, a fin de garantizar los mejores servicios de salud para todos los puertorriqueños, sin menoscabar los derechos contractuales, si alguno, y de propiedad pactados entre las partes. Propiciar y reglamentar el pago oportuno a los proveedores de salud promoverá la estabilidad y la confianza en los servicios ofrecidos y en el sistema de salud del país. De esta forma, se ofrece un modelo que no niega acceso, ni servicios, dentro de un esquema responsable de cobro y pago, en el cual equitativa y efectivamente puedan colaborar todos sus integrantes.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.- Se adiciona un nuevo Capítulo 30 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"CAPÍTULO 30

Artículo 30.010.- Título

Esta Ley se conocerá como "Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud."

Artículo 30 .020.- Definiciones:

A los fines de este Capítulo, los siguientes términos y frases tendrán el significado que se indica a continuación:

(a) "Asegurador": Significa entidad dedicada al negocio de otorgar contratos de seguros, según se define en este Código.

(b) “Reclamación Procesable para Pago”: Significa una reclamación por servicio prestado sometida manual o electrónicamente por un proveedor a un Asegurador u Organización de Servicios de Salud que contenga la información y documentación necesarias para su disposición, en cumplimiento del Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (P.L. 104-191 de 21 de agosto de 1996) y el Artículo 30.050 de esta Ley, y cuyos datos no requieran una determinación particular que impida su pago dentro de los plazos establecidos.

(c) “Plan de Cuidado de Salud”: Significa aquél definido como “Plan de Cuidado de Salud” en el Artículo 19.020 de este Código; cualquier seguro contra incapacidad o gastos por enfermedad, o cualquier plan de salud que opere en Puerto Rico, aunque opere como una asociación que incluye beneficios médicos, irrespectivamente de la ley del Estado Libre Asociado de Puerto Rico bajo la cual esté organizado o autorizado para hacer negocios.

(d) “Comisionado”: Significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

(e) “Proveedor Participante”: Significa todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios o cualquier otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato con un Asegurador u Organización de Servicio de Salud preste servicios de salud a suscriptores o beneficiarios de un plan de cuidado de salud o seguro de salud.

(f) “Suscriptor”: Significa cualquier persona que reciba los beneficios de un plan de cuidado de la salud o seguro de salud.

(g) “Organización de Servicios de Salud”: Significa cualquier persona que ofrezca o se obligue a proveer a uno o más suscriptores de planes de cuidado de salud, conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”.

(h) “Seguro de Salud”: Es el seguro para gastos incurridos por razón de daños corporales, incapacidad o enfermedad, según la definición de "seguros por incapacidad" dispuesta en el Artículo 4.030 de este Código.

Artículo 30.030.- Término para el Pago de Reclamaciones

El proveedor participante deberá someter sus reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los mismos, y el Asegurador u Organización de Servicios de Salud está obligado a pagar en su totalidad toda la reclamación procesable para pago dentro del término de cincuenta (50) días calendario, a partir de la fecha en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud reciba la misma.

En el caso en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud sea pagador secundario, los noventa (90) días comenzarán a contar a partir de la fecha en que el Proveedor Participante recibió la determinación del pagador primario.

Luego de transcurridos los términos antes indicados no serán aplicables a dichas reclamaciones las disposiciones de este Capítulo. Disponiéndose que no se interpretará que el término uniforme establecido dejará sin efecto aquellos términos menores que puedan aplicar al pago de reclamaciones por servicios prestados de acordarse por libre contratación otros términos alternos de pago.

Artículo 30.040.- Reclamaciones Procesables para Pago

Los proveedores participantes someterán las reclamaciones en el formulario de pago uniforme dispuesto por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, el cual indicará la información que deberá acompañarse, conforme con lo establecido en el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, y en la reglamentación de la Oficina del Comisionado de Seguros. La reclamación será procesable si cumple, además, con los siguientes requisitos:

a) corresponde a un servicio de salud prestado por un proveedor a una persona asegurada por cuyo servicio está cubierto por un seguro de salud o plan de cuidado de salud del Asegurador u Organización de Servicios de Salud al cual se dirige la reclamación;

b) incluye la información completa y correcta requerida por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud siempre y cuando el Asegurador u Organización de Salud haya notificado al proveedor participante la información requerida; y

c) no hay disputa en cuanto a la cantidad reclamada.

Si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud no notifica objeción alguna a una reclamación de pago dentro del término de cuarenta (40) días, conforme con el Artículo 30.050 de esta Ley, se entenderá que dicha reclamación es procesable para pago.

El Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá solicitar el reembolso de una reclamación no procesable pagada al proveedor, dentro del término de seis (6) años a partir del momento en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud efectuó el pago, conforme con el procedimiento que establezca mediante reglamento el Comisionado y luego recurrir al Tribunal correspondiente en revisión judicial, si así lo desea.

Artículo 30.050.- Reclamaciones No Procesables para Pago

El Asegurador u Organización de Servicios de Salud notificará a los proveedores participantes, por escrito o por medios electrónicos, aquellas reclamaciones que no sean procesables para pago dentro del término de cuarenta (40) días calendario, luego de recibida la objeción total o parcial de la reclamación de pago. La notificación indicará claramente las razones por las cuales el Asegurador u Organización de Servicios de Salud considera que la reclamación no es procesable para pago,

indicando los documentos o información adicional que deba someterse para que pueda procesarse.

Dentro de los siguientes cuarenta y cinco (45) días de haber recibido la notificación del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, el proveedor participante deberá responder la misma. La omisión a ello se entenderá como una admisión a los señalamientos notificados. Una vez el proveedor participante someta la información o documentación requerida, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá proceder al pago de la reclamación dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo de la información o documentación.

Desde la fecha en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud reciba una reclamación sometida por el proveedor participante decursan simultáneamente dos (2) términos, uno de cincuenta (50) días para el pago de reclamaciones procesables, según lo establece el Artículo 30.030 de esta Ley y uno de cuarenta (40) días para que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud envíe la notificación de reclamación no procesable para pago al proveedor participante. Aquella reclamación o parte de la reclamación no objetada por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, dentro del término de cuarenta (40) días antes indicado, se considerará una reclamación procesable. Dicho acto conlleva la no interrupción del término antes indicado de cincuenta (50) días para el pago de reclamaciones.

La notificación errónea de reclamaciones no procesables no interrumpirá el término de los cincuenta (50) días para el pago, debiendo proceder el Asegurador u Organización de Servicios de Salud a pagar la cantidad reclamada, más los intereses, según lo dispuesto en los Artículos 30.060 y 30.070 de este Capítulo.

Ningún Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá negarse a pagar una reclamación por servicios prestados por razón de que se hubieren efectuado alteraciones o enmiendas unilaterales a los términos del contrato entre Asegurador u Organización de Servicios de Salud y suscriptor, o entre Asegurador u Organización de Servicios de Salud y proveedor, incluyendo enmiendas a las tarifas.

Artículo 30.060.- Reclamaciones Excluidas

No estarán sujetas a las disposiciones de esta Ley aquellas reclamaciones por servicios prestados que correspondan a proveedores fuera de Puerto Rico o a personas que no residen en Puerto Rico, a menos que no exista una autorización previa para la prestación del servicio, las reclamaciones que requieren coordinación de beneficios, subrogación e investigación de condiciones preexistentes o que envuelvan

responsabilidad de un tercero y las reclamaciones que sean sometidas por el proveedor sesenta (60) días después de la fecha del servicio, a menos que las partes hayan acordado un término mayor.

Artículo 30.070.- Intereses

Cualquier reclamación procesable que no sea pagada dentro del término dispuesto, devengará intereses a favor del proveedor participante, sobre el importe total no pagado de dicha reclamación o de aquella parte de la misma que sea procesable para el pago hasta la fecha de su saldo total, según el interés legal prevaleciente fijado por el Comisionado de Instituciones Financieras. Dichos intereses comenzarán a devengarse el día siguiente a la expiración del término para el pago y serán pagaderos al proveedor participante conjuntamente con la reclamación procesable para pago.

Los mismos se computarán hasta el momento en que se emita el pago, siempre y cuando dicho pago sea enviado al proveedor participante dentro de los próximos tres (3) días de haber sido emitido. De no ser enviado en este término, los intereses serán computados hasta la fecha en que el proveedor reciba el pago correspondiente.

Artículo 30.080.- Facultades y Deberes del Comisionado

A fin de asegurar el cumplimiento de las disposiciones de esta Ley, el Comisionado tendrá las siguientes facultades y deberes:

a.) Imponer multas administrativas o sanciones por violación a las disposiciones de este Capítulo, conforme con las disposiciones de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, a iniciativa del Comisionado o luego de presentada una querella por un proveedor participante por motivo de dicho incumplimiento. Disponiéndose que, el proveedor tendrá un término de un (1) años para radicar la querella, contados a partir de la fecha en que expire el término para el pago de una reclamación procesable.

b.) Adoptar, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la aprobación de esta Ley, los reglamentos necesarios para la implantación de la misma, de conformidad con la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme".

c.) El Comisionado tendrá la jurisdicción original respecto a las controversias que surjan entre proveedores participantes y aseguradores u organizaciones de servicios de salud, al amparo de esta Ley. La parte adversamente afectada por la determinación del Comisionado podrá recurrir mediante revisión ante el Tribunal de Circuito de Apelaciones del Estado Libre Asociado de Puerto Rico,

conforme a las disposiciones de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme".

Artículo 30.090.- Reclamaciones de Pago en Tránsito

Toda reclamación procesable para pago que al momento de entrar en vigor esta Ley, haya sido sometida por proveedores participantes y esté pendiente de procesar, deberá ser pagada por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud dentro del término de cincuenta (50) días calendario a partir de la vigencia de esta Ley. Las reclamaciones que al momento de la vigencia de esta Ley estén en controversia, estarán sujetas a las disposiciones de esta Ley."

Artículo 2.- Se asigna la cantidad de cien mil (100,000) dólares a la Oficina del Comisionado de Seguros, de fondos no comprometidos en el Tesoro Estatal, para dar cumplimiento a las disposiciones de esta Ley. En años fiscales subsiguientes, dicha asignación se consignará en la partida presupuestaria de la Oficina del Comisionado de Seguros de la Resolución Conjunta del Presupuesto de Gastos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Artículo 3.- Separabilidad

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

Artículo 4.- Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación a los únicos fines de que el Comisionado de Seguros adopte la reglamentación necesaria para su implantación. Sus restantes disposiciones entrarán en vigor ciento ochenta (180) días después de su aprobación.