

21 de mayo de 2013

Hon. Lydia R. Méndez Silva
Presidenta
Comisión de Salud
Cámara de Representantes de P.R.
El Capitolio
PO Box 9022228
San Juan, Puerto Rico, 00902-2228

RE: PONENCIA SOBRE EL P. de la C. 1177

Estimada Honorable Lydia Méndez Silva:

Reciba usted nuestros más cordiales saludos. Acompaña esta comunicación nuestra ponencia escrita sobre el **Proyecto de de la Cámara 1177**, cuyo objetivo lo es el enmendar los Artículos, 2.030, 2.050, 4.060, 4.070, 6.030, 6.040, 6.050, 6.060, 6.070, 6.080, 6.090, 6.100, 8.020, 8.030, 8.040, 8.050, 8.070, 8.100, 8.120, 8.130, 8.150, 22.010, 22.040, 22.060, 22.070, 22.080, 22.090 y 22.100; derogar los Artículos 4.110, 8.090 y 8.110; y proceder con la reenumeración correspondiente de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico"; a los fines de aclarar el texto o el alcance de diversos términos; atemperar y conformar dicho Código a las leyes federales aplicables; añadir condiciones bajo las cuales se puede dar el cambio del formulario de medicamento; hacer más eficientes las auditorías para reducir el término disponible para reprogramarlas; permitir que el Comisionado de Seguros disponga por carta normativa el listado de la información que debe tener el

consentimiento del paciente para las auditorías; los criterios para los ajustes de las tarifas y de la cubierta de los planes básicos y estándar; eliminar el requisito de solicitar dispensas relacionadas a los planes médicos para patronos de PYMES; requerir la presentación al Comisionado de las tarifas; proveer para disposiciones transitorias en lo que se implementa el Capítulo 8 del Código de Seguros de Salud; eliminar las disposiciones relacionadas al Comité de Planes Médicos; eliminar el Programa de Reaseguro y las funciones de la Junta Directiva del Programa de Reaseguro y asignárselas al Comisionado; y para otros fines relacionados.

Los cambios introducidos en el campo de seguros por la Ley de Reforma de Salud Federal —“Patient Protection and Affordable Care Act” y “Health Care and Education Reconciliation Act”— han tenido, y tendrán un efecto trascendental en nuestra sociedad y en nuestra economía. Por lo cual sabemos que estarán bajo el rigor de una evaluación continua.

El Código de Seguros de Salud incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud tales como *(1) la protección del consumidor; (2) la regulación de planes médicos grupales e individuales; (3) las organizaciones de servicios de salud; (4) la disponibilidad y asequibilidad de los seguros de cuidado prolongado; (5) los sistemas de prestación de servicios; (6) la prohibición de prácticas desleales; (7) los procedimientos de querrelas de las organizaciones de seguros de salud; (8) la suficiencia de las redes de proveedores; (9) los planes médicos para personas no asegurables; (10) la regulación de los terceros administradores; (11) las cubiertas para niños recién nacidos y adoptados; entre muchas otras.* Todo lo anterior basado en la legislación modelo desarrollada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés).” (Exposición de Motivos PS 1856.)

En su momento se atendió, además, un sinnúmero de áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos. Ejemplos de esas áreas de necesidad la constituyeron

actividades de vital importancia para una efectiva regulación de esta industria tales como lo son *(1) los beneficios y restricciones en el manejo de los medicamentos de receta; (2) los procesos de examen o auditoría de reclamaciones; (3) la disponibilidad de planes médicos para pequeñas y medianas empresas y para asegurados individuales en Puerto Rico; (4) la prohibición de prácticas injustas por parte de las organizaciones de seguros de salud; (5) la protección de la integridad y confidencialidad de la información médica; (6) la protección y fiscalización de la solvencia de los aseguradores; y (7) garantías de protección a los asegurados bajo sistemas de prestación de servicios de cuidado coordinado.*

El proyecto de ley de referencia se pudiera justificar por constituir reglamentación sobre asuntos dinámicos. Aunque, nos resulta preocupante el que se elimine entre otras, las disposiciones relacionadas al Comité de Planes Médicos, así como a la eliminación del Programa de Reaseguro y las funciones de la Junta Directiva del Reaseguro asignándole las mismas al Comisionado de Seguros. Siendo de conocimiento general el hecho de que la figura del Comisionado de Seguros a la fecha de hoy ha sido una silente.

En la Exposición de Motivos del proyecto se hace mención de que: se eliminan las disposiciones que le confieren al Comisionado de Seguros jurisdicción para fiscalizar los programas de incentivos o bonificaciones de medicamentos que establecen las farmacéuticas, entre otras organizaciones, cuando la realidad es que lo que se elimina son las prohibiciones y la reglamentación de dichas excepciones, las facultades del comisionado eliminadas son incidentales.

En nuestra ponencia iremos en detalles sobre nuestra posición.

Cordialmente, quedo de usted,

María Isabel Vicente Mestre
Directora Ejecutiva

PONENCIA DE LA ASOCIACIÓN FARMACIAS DE COMUNIDAD DE PUERTO RICO ANTE LA COMISIÓN DE SALUD DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES EN TORNO AL P. DE LA C. 1177

INTRODUCCIÓN

Agradecemos a la Hon. Lydia R. Méndez Silva, presidenta de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, que nos solicitara nuestra opinión con relación al P. de la C. 1777. El mismo, según establecido en su Exposición de Motivos, responde a la necesidad de realizar unas enmiendas a algunos de los capítulos aprobados en la fase 1 de la Ley 194-2011. Con estas enmiendas, según se establece, se procura (1) adaptar dicha ley a la legislación federal aplicable; (2) eliminar las disposiciones que le confieren al Comisionado de Seguros jurisdicción para fiscalizar los programas de incentivos o bonificaciones de medicamentos que establecen entre otros, las farmacéuticas; (3) hacer más eficiente el proceso de las auditorías a los proveedores; (4) eliminar la estructura de "Asegurador que asume riesgos de patronos de PYMES" y (5) de "Asegurador-Reasegurador"; (6) eliminar el Comité de Planes Médicos y (7) otorgarle las funciones de este Comité al Comisionado de Seguros; y (8) eliminar la estructura del Programa de Reaseguro que actualmente no se ajusta al mercado de aseguradores de salud en Puerto Rico, así como la Junta Directiva del mismo, entre varios propósitos.

Los legisladores han entendido que estas enmiendas resultan necesarias para implementar adecuadamente y con prontitud las disposiciones del Código de Seguro de Salud de Puerto Rico y para cumplir con las regulaciones federales pertinentes. De igual manera, entienden que la adopción de estas enmiendas proveerá una reglamentación de la industria de seguros en beneficio y protección de los pacientes y en muchos casos de los proveedores de seguros de salud. Todo ello, en armonía con la política pública de mejorar y reformar el sistema de seguros de salud de Puerto Rico para garantizar un mayor acceso a servicios de salud de eficiencia y de alta calidad.

Habiendo evaluado las mismas en detalles entendemos que las mismas no son necesarias.

Veamos:

1. "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:

U. *“Proveedor de cuidado primario” significa el proveedor participante que tenga a su cargo, **por designación de una organización de seguros de salud asegurador** la supervisión, coordinación y suministro de cuidado inicial o de seguimiento de la persona cubierta o asegurados.”*

[U.] V. ...

Opinión de la AFCPR,

La designación del proveedor de cuidado primario por parte de una organización de seguros de salud, atenta contra la libre selección a la cual tendría derecho el paciente. La Ley federal nada establece a esos efectos. Sugerimos que se mantenga y proteja ese derecho a la libre selección.

La *Ley 194, de 29 de agosto de 2011*, conocida como Código de Seguros de Salud, a ser enmendada, lo que define en el inciso U es el término “proveedor participante”. Veamos:

A. “Proveedor participante” significa el proveedor que, conforme a un contrato con una organización de seguros de salud o asegurador, o con el contratista o subcontratista de ésta, haya acordado brindar servicios de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados con la expectativa de recibir pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de la organización de seguros de salud o asegurador.

No surge de la definición la imposición del proveedor por parte de la aseguradora, ni le da carácter de “primario”.

2. “Artículo 2.050. Conformidad con Leyes Federales

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

D. ...

- (6) Servicios pediátricos, incluyendo la vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical, **servicios de salud de visión¹ y dental.**
- (7) *Cubierta de medicamentos*
- (8) **Servicios de habilitación² y rehabilitación**
- (9) *Servicios preventivos y de bienestar³, así como de manejo de enfermedades crónicas.*

[8] (11) ...

3. Los cambios introducidos a través de Artículo 2.050, incisos J, K, y L son necesarios por lo que hay que incorporarlos.

4. *“Artículo 4.060. Información para las Personas que Expiden Recetas de Medicamentos, Farmacias, Personas Cubiertas o Asegurados y Posibles Personas Cubiertas o Asegurados*

A. ...

¹ Sugerimos que se utilice el término “Servicios oftalmológicos” en lugar de servicios de visión.

² Sugerimos que se defina el término “servicios de habilitación”. Servicios de habilitación son servicios específicos que atiendan las necesidades de una o varias personas con impedimentos que viven en la misma casa, y el servicio lo provee un profesional capacitado. El servicio se lleva a cabo en el domicilio o comunidad de la persona.

³ Sugerimos se definan los términos: servicios preventivos y bienestar.

- (1) ...
- (2) La organización de seguros de salud o asegurador sólo podrá hacer, durante la vigencia de la póliza, certificado o contrato, cambios en el formulario o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta, **si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario.** A estos efectos, ***a más tardar a la fecha de efectividad del cambio***, notificará, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a *los siguientes*:
 - (a) Todas las personas cubiertas o asegurados **[y a las farmacias participantes a más tardar la fecha de efectividad del cambio.]** y
 - (b) *a las farmacias participantes solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario.*

Opinión de la AFCPR,

1. Resulta inaceptable que cambios en el formulario sean notificados “[...] ***a más tardar a la fecha de efectividad del cambio.***” Por lo cual sugerimos, que TODO cambio en el formulario sea notificado a los proveedores, y pacientes entre otros, en el término NO MENOR de sesenta (60) días.

2. Las notificaciones a las farmacias como proveedores de servicios farmacéuticos deben efectuarse siempre, en todas las circunstancias previsibles, y no limitarlas a la notificación exclusiva de nuevos productos. Lo contrario pudiera afectar directamente el suministro de medicamentos de 90 días, y los programas de adherencia a medicamentos, entre otros.

3. Sugerimos se añada la lista de precios “Maximum Allowable Cost” conocida por sus siglas en inglés como **MAC**.

5. Sección 5.-Se deroga el Artículo 4.110 de la Ley 194-2011, según enmendada

Veamos:

Artículo 4.110. Programas de incentivos o bonificaciones

- A. Se prohíbe que las farmacias, los administradores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), manufactureros o distribuidores de medicamentos, organizaciones de seguros de salud o aseguradores, incentiven o participen en programa de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar, dirigidas a profesionales de la salud, a fines de influenciar, directa o indirectamente, a que se recete, prescriba, despache o intercambie determinado medicamento bioequivalente por uno de marca o viceversa.
- B. Se prohíbe que cualquier profesional de la salud reciba o participe en programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar, de parte de farmacias, administradores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), manufactureros o distribuidores de medicamentos, organizaciones de seguros de salud o aseguradores, a fines de influenciar, directa o indirectamente, a que se recete, prescriba, despache o intercambie determinado medicamento bioequivalente por uno de marca o viceversa.
- C. **No obstante lo dispuesto en los incisos A y B de este Artículo, se permite el establecimiento de programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar, que estén basados en los resultados positivos obtenidos en el manejo o control de la condición clínica o de salud de las personas cubiertas o asegurados, según los estándares de calidad de cuidado de salud establecidos por organizaciones nacionales dedicadas a mejorar los resultados en el cuidado de la salud, tales como “Healthcare Effectiveness Data and Information Set”.** Estos programas deben implementarse con el objetivo de mejorar u obtener resultados óptimos en el manejo de la salud, y deben cumplir con parámetros de tiempo suficientes que permitan identificar patrones medibles de resultados en el manejo o control de la condición clínica o de salud de las personas cubiertas o asegurados.

Las personas o entidades que establezcan programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar deberán someter los mismos al Comisionado dentro del término de noventa (90) días antes de que éstos entren en vigor, de manera que se evalúe y apruebe dicho programa en cumplimiento con lo aquí dispuesto. El Comisionado establecerá, por reglamento, los criterios que se usarán para evaluar estos programas. Los criterios tomarán en consideración los estándares de calidad de cuidado de salud establecidos por organizaciones nacionales dedicadas a mejorar los resultados en el cuidado de la salud, tales como “Healthcare Effectiveness Data and Information Set”.

- D. El Comisionado podrá establecer aquellas reglas y reglamentos necesarios para implementar las disposiciones de este Artículo.
- E. Cualquier persona que viole las disposiciones de este Artículo, además de cualquier otra penalidad que se disponga en este Código o en las leyes del Gobierno de Puerto Rico, estará sujeta a una multa por una cantidad equivalente a tres veces la cantidad recibida u otorgada en incentivos o bonificaciones.

Opinión de la AFCPR,

1. Rechazamos todo intento de derogar esta sección. En la actualidad lo promulgado en el inciso (C) constituye prácticas aceptables y adoptadas por Planes administrados bajo el rigor de estatutos y reglamentaciones federales. Ejemplo Programa de cinco estrellas, entre otros. En el mismo estatuto se considera la fiscalización y reglamentación por parte del Comisionado.

¿Por qué suscribir una legislación estatal más restrictiva que la federal?

6. Enmiendas al "Artículo 6.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

- A. ...
- B. "Auditoría de reclamaciones" significa el proceso para determinar si la información en el expediente **[médico]** *clínico* del reclamante corresponde a los servicios de cuidado de la salud que figuran en la reclamación presentada a la organización de seguros de salud o asegurador. La auditoría de reclamaciones no comprende la revisión de la necesidad médica, ni de la razonabilidad de los cargos cobrados por los servicios.
- F. ...

- A. Expediente **[médico]** *clínico* significa una recopilación de gráficas, registros, informes, documentos y otros memorandos que mantiene el proveedor en determinado lugar, para registrar o indicar la condición, dolencia o enfermedad física o mental y el tratamiento correspondiente del paciente, en la actualidad, en el pasado o prospectivamente.

Opinión de la AFCPR,

Nos oponemos a que se sustituya el término "expediente médico" por "expediente clínico". Acción que se da en la mayor parte del proyecto excepto en el Artículo 6.060, inciso C.

Veamos.

"Artículo 6.060. Notificación de la Auditoría

A. ...

B. ...

- C. La auditoría de reclamaciones puede requerir el uso de alguna documentación o el examen del expediente **[médico]** *clínico* del paciente, así como cualquier otra documentación médica **[y/o]** *o* clínica. [...].

Como vemos en este caso podemos identificar diferencias entre expediente, documentos y clínico. A nuestro entender el termino correcto a ser utilizado lo es "expediente médico", ya que como parte integral del mismo se encuentran aspectos de carácter clínico.

Ninguno de los dos términos ha sido definido bajo la sección de definiciones, tenemos la responsabilidad de identificar sobre que se quiere legislar.

7. "Artículo 6.060. Notificación de la Auditoría"

Inciso C- sugerimos que se especifique método de notificación de auditorías.

Opinión de la AFCPR,

1. Sugerimos que la misma se efectuó mediante correo certificado. Solemos ver que las notificaciones representan un problema grave como parte de las auditorías.

Inciso (D)- [...] El auditor cualificado completará la auditoría a más tardar los treinta y seis (36) meses del recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación final. [...].

Opinión de la AFCPR,

1. Entendemos que 36 meses para terminar la auditoría resulta excesivo, y es contrario a la estabilidad financiera de los proveedores, no así de las aseguradoras.

8. Sobre el: "**Artículo 6.100. Documentación;**

A. ...

(1) ...

(2) ...

(3) los servicios fueron prestados según el plan de tratamiento de un médico. Si corresponde, el personal profesional puede proveer suministros o seguir los procedimientos conforme a las políticas y procedimientos de la institución, o las normas de las juntas de práctica profesional. **Muchos procedimientos podrían incluir artículos que no constan específicamente en el expediente**

[médico] clínico pero se disponen en las **políticas médicas o clínicas**. Dichas políticas se revisarán, aprobarán y documentarán, según lo requiere la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud ("Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations") u otra agencia acreditadora. Las políticas estarán disponibles para los auditores.

- B. El expediente **[médico] clínico** contiene información clínica sobre los diagnósticos, tratamientos y resultados, y no es un documento de facturación. En general, el expediente **[médico] clínico** del paciente contiene información relacionada con el cuidado del paciente y no tiene que proveer constancia de cada cargo individual que aparece en la factura del paciente. **Podría existir algún otro tipo de documentación firmada donde figuren los servicios prestados al paciente en los departamentos auxiliares del proveedor, tal como las bitácoras de tratamiento, registros diarios, boletas individuales de servicio o de órdenes y otros documentos.**
- C. Los auditores podrán revisar varios otros documentos para determinar la validez de los cargos **y aceptarán estas fuentes de información como evidencia razonable de la prestación de los servicios al paciente, según fueron ordenados por un médico.** Los proveedores se deben asegurar de que existan políticas y procedimientos adecuados en los que se especifiquen la documentación y las autorizaciones que

deben incluirse en el expediente [**médico**] *clínico*, los registros y bitácoras suplementarias. Estos procedimientos, además, deberán especificar que los servicios suministrados a los pacientes fueron prestados y ordenados debidamente. En caso de que la documentación provenga de fuentes alternas al expediente [**médico**] *clínico*, será responsabilidad del proveedor notificar al auditor sobre la situación y facilitar el acceso a dichas fuentes.”

Opinión de la AFCPR,

1. Lo aquí suscrito y establecido mediante ley tiene que ser de aplicación al expediente (médico/clínico) del paciente bajo la custodia de las farmacias. La realidad es que en la actualidad dichas actividades son más restrictivas, llegando hasta el extremo de no pagarse por los servicios/medicamentos si se omite información secundaria en la documentación. Apoyamos la uniformidad de la regulación. Haciéndose necesario que se reconozca la aplicación de igual manera a los proveedores de servicios farmacéuticos.

Desde el punto de vista legal, los proveedores, así como las aseguradoras pudieran asumir un riesgo mayor de no exigir la documentación total de eventos y/o circunstancias específicas en el expediente médico.

9. “Artículo 8.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

[D. ‘Asegurador que asume riesgo’ significa un asegurador de patronos de PYMES cuya solicitud para ofrecer y proveer planes médicos a uno o más patronos de PYMES en Puerto Rico es aprobada por el Comisionado a tenor con este Capítulo.]

- [E. 'Asegurador-reasegurador' significa un asegurador de patronos de PYMES que participa del Programa de Reaseguro establecido por virtud de este Capítulo.]
- [G. 'Comité' significa el Comité de Planes Médicos creado a tenor con este Capítulo.]
- [O. **'Junta' significa la Junta de Directores del Programa de Reaseguro para los Patronos de PYMES creado en este Capítulo.**]
- [P.] K. 'Patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES)' significa toda persona, firma, corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados elegibles. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un solo patrono. Después de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono de PYMES se determinará anualmente. *A partir del 1 de enero de 2016 o sujeto a las disposiciones de la reglamentación relacionada con la ley federal "Patient Protection and Affordable Care Act", el patrono PYMES cubrirá a empresas que tengan hasta 100 empleados.*

[Q. 'Plan médico básico' significa un plan médico de menor costo desarrollado **[por el Comité de Planes Médicos]** de conformidad con este Capítulo y *según sean definidos por la reglamentación adoptada bajo las disposiciones de la ley federal "Patient Protection and Affordable Care Act".*

[W.] R. Plan médico estándar' significa un plan médico diseñado **[por el Comité de Planes Médicos]** a tenor con este Capítulo y *de conformidad con la reglamentación adoptada bajo las disposiciones de la ley federal "Patient Protection and Affordable Care Act,"* cuyo costo es mayor que el del plan médico básico.

[AA. 'Programa' significa el Programa de Reaseguro para **Aseguradores de Patronos de PYMES creado por este Capítulo.]**

OPINIÓN DE LA AFCPR,

Nos oponemos a la derogación de los términos antes incluidos, así como a la derogación del Comité de Planes Médicos para conferirle sus facultades y responsabilidades al Comisionado de Seguros. El Comisionado de Seguros no ha sido participante activo en la industria, su aportación ha sido una pasiva.

Las definiciones derogadas se mantienen vigente, o se tendrán que mantener vigentes para cumplir con regulaciones federales en un futuro cercano.

10. "Artículo 8.100. [Solicitud para Convertirse en Asegurador que Asume Riesgos] Disposiciones Transitorias para Aseguradores que ofrezcan planes médicos a patronos PYMES

A. Los aseguradores que interesen ofrecer y mercadear, o continuar ofreciendo y mercadeando los planes médicos permitidos por este Capítulo, o cualquier otro diseñado para los patronos de PYMES en Puerto Rico, **[radicarán una solicitud para convertirse en aseguradores que asumen riesgos ante el Comisionado, en la forma y manera que este último determine.]** *tendrán que cumplir con lo siguiente:*

(1) Como medida de transición **[y en lo que se evalúa la solicitud requerida en este Artículo]** *y en lo que se implementa completamente las disposiciones de este capítulo,* se dispone que aquel asegurador que al momento de aprobarse **[este Capítulo]** *esta ley* ofrezca, mercadee u administre algún plan médico a uno o más patronos de PYMES, podrá continuar haciéndolo.

(2) ...

[B. El Comisionado tomará en cuenta los siguientes factores al evaluar las solicitudes para convertirse en asegurador que asume riesgos:

(1) **La situación financiera del asegurador;**

(2) **El historial del asegurador con respecto a tarifas y pólizas grupales suscritas con patronos de PYMES;**

- (3) El compromiso del asegurador de mercadear sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES de Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable; y
- (4) La experiencia del asegurador con el manejo del riesgo de los grupos de patronos PYMES.]

[C. ⁴El Comisionado podrá retirar la aprobación concedida a un asegurador que asume riesgos si determina que:

- (1) La condición financiera del asegurador ya no podrá sostener el riesgo que representa la suscripción de planes médicos de patronos de PYMES;
- (2) El asegurador no ha mercadeado sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES en Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable; o
- (3) El asegurador no proveyó cubierta a los patronos de PYMES elegibles según se requiere en el Artículo 8.070.]

[D. El asegurador que opte por convertirse en un asegurador que asume riesgos, así como aquel que ofrezca y emita un plan de seguro de grupo con límite de siniestralidad ("stop loss"), no estará sujeto a las disposiciones sobre el Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES.]

Opinión de la AFCPR,

1. Eliminar el legislación del Asegurador que Asume Riesgos no es una acción correcta, en nuestro mercado existen y hay campo para ello, por lo que la "Solicitud para Convertirse en Asegurador que Asume Riesgos" y su reglamentación mediante estatuto es necesaria. La misma representa una forma de protección al paciente.

2. Las Disposiciones Transitorias para Aseguradores que ofrezcan planes médicos a patronos PYMES son de igualmente necesarias.

3. Entre la información de las aseguradoras a ser sometidas ante el comisionado, debe considerar reclamaciones legales, ganancias exorbitantes, historial de sus ganancias, estudios actuariales y el historial de quien lo genera.

11. *Sección 21.-Se deroga el Artículo 8.110 de la Ley 194-2011, según enmendada.*

Artículo 8.110. Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES de Puerto Rico

- A. Todo asegurador o reasegurador estará sujeto a las disposiciones de este Artículo.
- B. Se crea una entidad sin fines de lucro que se conocerá como el Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES de Puerto Rico, en el cual participarán todos los asegurados que le notifiquen al Comisionado, de conformidad con el Artículo 8.090, su intención de operar como un asegurador-reasegurador.
- C. El Programa operará bajo la supervisión y el control de una Junta. La Junta tendrá cuatro (4) miembros nombrados por el Gobernador, a recomendación del Comisionado, más el Comisionado o su representante designado, quien será miembro nato de ésta, la Junta estará presidida por uno de los miembros nominados por el Gobernador.
 - (1) Al seleccionar los miembros de la Junta, el Gobernador incluirá un (1) representantes de los patronos de PYMES, dos (2) representantes de los aseguradores de patronos de PYMES y una (1) persona adicional cualificada que determine dicho funcionario. Estos miembros se

seleccionarán conforme a los procedimientos y guías que establezca el Comisionado.

- (2) Si el Programa fuera elegible para financiamiento adicional conforme al apartado K, la Junta se expandirá para incluir a dos (2) miembros adicionales quienes serán nombrados por el Gobernador, a recomendación del Comisionado. Al seleccionar los miembros adicionales de la Junta, el Gobernador escogerá personas que representan fuentes de financiamiento que se identifican en el apartado K. La expansión de la Junta conforme a este inciso continuará por el periodo en que el Programa sea elegible para dicho financiamiento.
 - (3) Los miembros iniciales de la Junta se nombrarán como sigue: dos (2) miembros que pertenecerán a la Junta por dos (2) años; dos (2) miembros que pertenecerán por cuatro (4) años y un (1) miembro que pertenecerán a la Junta por seis (6) años. Los miembros subsiguientes pertenecerán a la Junta por un término de tres (3) años. El término de cada miembro de la Junta continuará hasta tanto se nombre su sucesor.
 - (4) En caso de que surgiese una vacante en la Junta, ya sea por cumplimiento del término o por renuncia o muerte de un miembro de la Junta, el Gobernador, contando con la recomendación del Comisionado, nombrará a un nuevo miembro para ocupar el puesto por el término estipulado en el presente Código. El Gobernador podrá remover a cualquier miembro de la Junta cuando medie justa causa.
- D. A más tardar a los sesenta (60) días de la fecha de vigencia de este Capítulo, todo asegurador de patronos de PYMES radicará un documento ante el Comisionado en el que deberá hacer constar las primas netas que obtiene de planes médicos entregados o emitidos para entrega a los patronos de PYMES en Puerto Rico durante el pasado año natural.
- E. A más tardar a los ciento ochenta (180) días del nombramiento de la Junta inicial, la Junta presentará al Comisionado un plan de operaciones y posteriormente, toda enmienda necesaria a dicho plan, para asegurar una administración justa, razonable y equitativa del Programa. El Comisionado aprobará el plan de operaciones, si determina que es adecuado para asegurar dicha administración y para asegurar que se compartan las ganancias y pérdidas del Programa de manera equitativa y proporcional, conforme a las disposiciones de este Artículo. El plan de operaciones entrará en vigor cuando el Comisionado lo apruebe por escrito.
- F. El plan de operaciones establecerá lo siguiente:

- (1) Procedimientos para la administración y contabilidad de los activos y fondos del Programa y los informes fiscales anuales al Comisionado;
- (2) Procedimientos para la selección de un asegurador administrador y los poderes y deberes de dicho asegurador;
- (3) Procedimientos para el reaseguro de riesgos conforme a las disposiciones de este Artículo;
- (4) Procedimientos para cobrar derramas de aseguradores que operan como reaseguradores; proveer fondos para pagar las reclamaciones; y sufragar los gastos administrativos incurridos o estimados;
- (5) Una metodología para aplicar los límites monetarios que se disponen en este Artículo en el caso de los aseguradores que pagan o reembolsan a los proveedores de cuidado de salud mediante capitación o salario;
- (6) Metodología para determinar las primas que cobrará el Programa de Reaseguro aquí establecido;
- (7) Normas para determinar los niveles y la manera de pago de remuneración para los productores con respecto a la venta de los planes médicos básico y estándar; y
- (8) Lo que fuera necesario para la implantación y administración del Programa.

G. El Programa tendrá los poderes generales y la autoridad que otorgan las leyes de Puerto Rico a los aseguradores y las organizaciones de servicios de salud, salvo el poder de emitir planes médicos directamente a grupos o a personas particulares. Además, el Programa tendrá autorización específica para lo siguiente:

- (1) Otorgar los contratos que fueren necesarios o convenientes para ejecutar las disposiciones y los propósitos de este Capítulo;
- (2) Demandar o ser demandada, lo cual incluye las medidas judiciales necesarias para cobrar derramas y sanciones del Programa o de aseguradores que operan como reaseguradores o a favor de éstos;
- (3) Tomar las acciones judiciales necesarias para evitar el pago de reclamaciones improcedentes en contra del Programa;
- (4) Definir los planes médicos para los cuales se proveerá reaseguro y emitir contratos de reaseguro, a cambio del pago de la prima correspondiente, conforme a los requisitos de este Capítulo;

- (5) Establecer las reglas, condiciones y procedimientos para el reaseguro de los riesgos conforme al Programa;
- (6) Establecer funciones actuariales según corresponda para la operación del Programa;
- (7) Imponer cuotas o derramas a los reaseguradores conforme a las disposiciones de este Artículo, e imponer derramas interinas según sean razonables y necesarias para sufragar los gastos operacionales interinos. Las derramas interinas se acreditarán a toda cuota o derrama regular pagadera después del cierre de cada año fiscal;
- (8) Nombrar los comités legales, actuariales o de otro tipo, según sean necesarios, para proveer ayuda técnica en la operación del Programa, diseño de pólizas u otros contratos y demás funciones dentro de la autorización del Programa; y
- (9) Tomar prestado dinero para implantar los objetivos del Programa. Todo pagaré u evidencia de deuda del Programa que no esté en mora constituirán una inversión legal y se podrá contabilizar como un activo admitido.

H. Con respecto a un plan médico básico o un plan médico estándar, el Programa reasegurará el nivel de cubierta provisto y con respecto a otros planes, hasta al nivel de la cubierta provisto en un plan médico básico o estándar.

- (1) El asegurador de patronos de PYMES podrá reasegurar un grupo completo de un patrono a partir de los sesenta (60) días del comienzo o renovación de la cubierta del plan médico grupal.
- (2) Un empleado recién elegible del patrono de PYMES, o su dependiente, se podrá reasegurar dentro de los sesenta (60) días luego del comienzo de su cubierta.
- (3) El Programa no reembolsará al asegurador-reasegurador respecto a las reclamaciones de un empleado reasegurado o sus dependientes hasta tanto el asegurador haya incurrido en un nivel inicial de reclamaciones para dicho empleado o dependiente de \$5,000 en un año póliza por beneficios cubiertos. Además, el asegurador-reasegurador será responsable del diez (10) por ciento de los siguientes \$50,000 de pago de beneficios durante el año póliza y el Programa reasegurará el restante. La responsabilidad del asegurador-reasegurador conforme a este inciso no excederá \$10,000 en determinado año póliza con respecto a una persona reasegurada.

- (a) Anualmente, la Junta ajustará el nivel inicial de reclamaciones y el límite de retención por el asegurador para reflejar los aumentos en costos y la utilización en el mercado general de planes médicos en Puerto Rico. El ajuste no será menor que el cambio anual en el componente médico del "Índice de Precios al Consumidor para todos los Consumidores Urbanos (ICP-U)" del Negociado de Estadísticas del Departamento del Trabajo Federal, a menos que la Junta proponga un factor de ajuste menor y el Comisionado lo apruebe.
 - (4) El asegurador de patronos de PYMES podrá dar por terminado el reaseguro por medio del Programa con respecto a uno o más de los empleados o dependientes reasegurados, en el aniversario del plan médico.
 - (5) Las primas cobradas por concepto de reaseguro a una organización de servicios de salud que cualifique conforme al 42 U.S.C. Sec. 300c(c) (2) (A), y como tal esté sujeta a los requisitos que limitan la cantidad de riesgo que se puede ceder al Programa, se reducirán para reflejar la parte del riesgo que no se puede ceder al Programa, si alguno.
 - (6) El asegurador-reasegurador aplicará todas las técnicas de cuidado coordinado y manejo de reclamaciones, las cuales incluyen la revisión de utilización, manejo de casos individuales, disposiciones sobre proveedores participantes y otras disposiciones o métodos de operación del cuidado coordinado de manera uniforme con respecto a las pólizas reaseguradas y las pólizas no reaseguradas.
- I. La Junta, como parte del plan de operaciones, establecerá una metodología para determinar las primas que cobrará el Programa por el Reaseguro. La metodología incluirá un sistema de tarificación de los patronos de PYMES con las características que comúnmente usan este tipo de aseguradores en Puerto Rico. La metodología incluirá la forma en que se desarrollarán las tarifas básicas de reaseguro, que se multiplicarán por los factores indicados en el inciso (2) para determinar las primas que cobrará el Programa. La Junta establecerá las tarifas básicas de reaseguro, sujeto a la aprobación del Comisionado.
- (1) Las primas para el Programa serán como sigue:
 - (a) El grupo completo de un patrono de PYMES se podrá reasegurar a una tarifa que sea uno punto cinco (1.5) veces la tarifa básica de reaseguro para el grupo.

- (b) La tarifa de reaseguro para empleados o dependientes elegibles podrá ser cinco (5) veces la tarifa básica de reaseguro para las personas individuales.
 - (2) La Junta revisará periódicamente la metodología establecida, incluidos el sistema de tarificación y los factores para determinar las tarifas, para asegurar que ésta refleja de manera razonable la experiencia de reclamaciones del Programa. Además, tendrá la facultad de proponer cambios en la metodología que estarán sujetos a la aprobación del Comisionado.
 - (3) La Junta podrá considerar la necesidad de hacer ajustes en las tarifas cobradas por el Programa para que las mismas reflejen el uso de sistemas efectivos de contención de costos y cuidado coordinado.
- J. Aún cuando el plan médico de un patrono de PYMES esté total o parcialmente reasegurado por el Programa, las primas cobradas al patrono de PYMES cumplirán con las restricciones relacionadas con las tarifas que se disponen en este Capítulo.
- K. (1) Antes del 31 de marzo de cada año, la Junta determinará e informará al Comisionado las pérdidas netas del Programa para el año natural precedente, las cuales incluirán los gastos administrativos y las pérdidas incurridas en dicho año, tomando en cuenta el ingreso derivado de inversiones y otras ganancias y pérdidas, según corresponda.
- (2) Se recuperará la pérdida neta del año mediante la imposición de una derrama a los aseguradores-reaseguradores.
 - (3) La Junta establecerá, como parte del plan de operaciones, una fórmula para establecer la derrama que se impondrá a los aseguradores-reaseguradores.
 - (a) La fórmula para establecer la derrama se basará en lo siguiente:
 - (i) El porcentaje que corresponde a cada asegurador-reasegurador de las primas totales devengadas durante el año natural anterior, por concepto de los planes médicos emitidos a los patronos de PYMES en Puerto Rico.
 - (b) A ningún asegurador-reasegurador se le impondrá una derrama que sea menor del cincuenta (50) por ciento, ni mayor del ciento cincuenta (150) por ciento de una cantidad basada en la proporción de:

- (i) las primas totales devengadas por el asegurador-reasegurador durante el año natural precedente por concepto de los planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico con respecto al total de primas devengadas por todos los aseguradores-reaseguradores durante el año natural precedente por concepto de planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico.
 - (c) Sujeto a la aprobación por el Comisionado, la Junta ajustará la fórmula para el cálculo de la derrama que se imponga a los aseguradores-reaseguradores que sean organizaciones de servicios de salud y que cualifiquen conforme al 42 U.S.C. Sec. 300, et seq., para tomar en cuenta las restricciones a imponerse si alguna, que no se impongan a los demás aseguradores.
- (4) Antes del 31 de marzo de cada año, la Junta determinará y radicará con el Comisionado un estimado de la derrama que se requiere para cubrir las pérdidas incurridas por el Programa durante el año natural precedente.
 - (a) Si la Junta determina que la derrama que se requiere para cubrir las pérdidas incurridas por el Programa durante el año natural precedente excederá el cinco por ciento (5%) del total de primas devengadas durante dicho año por concepto de planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico, la Junta evaluará la operación del Programa e informará al Comisionado de sus determinaciones. Dichas determinaciones incluirán recomendaciones de cambios en el plan de operaciones del Programa, y se presentarán antes del 31 de marzo próximo al año natural en el que incurrieron las pérdidas. La evaluación incluirá un estimado de las derramas futuras y una valoración de los costos administrativos del Programa, la suficiencia de las primas cobradas, el nivel de retención de aseguradores por el Programa y los costos de plan médico para los patronos de PYMES. De la Junta no radicar un informe al Comisionado en la fecha indicada, el Comisionado podrá evaluar las operaciones del Programa y formular las enmiendas al plan de operaciones que entienda necesarias para reducir las pérdidas y las derramas futuras.
 - (b) Si las derramas exceden la cantidad especificada en el inciso (b) durante dos (2) años naturales consecutivos, el Programa será elegible a recibir financiamiento adicional. El financiamiento adicional se obtendrá de las mismas fuentes que las establecidas bajo el Capítulo sobre Planes Médicos para Personas No Asegurables de este Código. La cantidad de financiamiento adicional que se provea al Programa equivaldrá a la cantidad por la

cual las derramas de los dos (2) años naturales excedieron el cinco por ciento (5%) del total de primas devengadas durante ese periodo por los patronos de PYMES en concepto de planes médicos emitidos en Puerto Rico. Si el Programa ha recibido financiamiento adicional conforme a este inciso, la cantidad de dicho financiamiento se restará de la cantidad total de la derrama para los fines de los cálculos que disponen en la oración anterior. El financiamiento adicional que reciba el Programa se distribuirá a los aseguradores-reaseguradores proporcionalmente según las derramas que hayan pagado en los dos (2) años naturales precedentes.

- (5) Si las derramas exceden las pérdidas netas del Programa, dicho excedente se retendrá y devengará intereses. La Junta usará el excedente para compensar por las pérdidas futuras o reducir las primas del Programa. Para los fines de este inciso, las "pérdidas futuras" incluyen las reservas por concepto de reclamaciones incurridas pero no informadas (IBNR, por sus siglas en inglés).
 - (6) La Junta determinará anualmente la parte de la derrama que corresponde a cada asegurador-reasegurador a base de los estados de situación anuales y otros informes que entienda necesarios la Junta.
 - (7) El plan de operaciones contemplará la imposición de un pago por intereses por el pago tardío de la derrama.
 - (8) El asegurador-reasegurador podrá solicitar al Comisionado una prórroga con respecto al pago de una parte o la totalidad de la derrama impuesta por la Junta. El Comisionado concederá la prórroga si determina que el pago de la derrama afectará la situación económica del asegurador-reasegurador. Si el Comisionado concede la prórroga, la cantidad diferida se repartirá entre el resto de los aseguradores-reaseguradores en la proporción que se distribuyen las derramas en este Artículo. El asegurador-reasegurador a quien se le conceda la prórroga responderá al Programa por la cantidad diferida y no tramitará reaseguro de personas o grupos con el Programa hasta tanto pague la derrama diferida.
- L. Como parte del plan de operaciones, la Junta establecerá las normas para determinar los niveles y la manera de pago de remuneración para los productores con respecto a la venta de planes médicos básicos y estándar. Al establecer las normas, la Junta tomará en cuenta la necesidad de proveer una amplia disponibilidad de planes médicos, los objetivos del Programa, el tiempo y el esfuerzo que se requiere para emitir los mencionados planes, la necesidad de proveer servicio continuo a los patronos de PYMES, los niveles de remuneración

actuales en la industria y los costos del plan médico en general para los patronos de PYMES.

- M. El Programa tendrá exención contributiva con respecto a todo tipo de impuestos.

OPINIÓN DE LA AFCPR,

Nos oponemos a la total derogación de el anterior Artículo.

Para el 1 de enero de 2014, cada Estado tiene que establecer un programa de reaseguro, por lo cual derogar en este momento dicha legislación aprobada sería inaceptable.

Refiérase al P.P.A.C. [HR-3590-91] PART V – REINSURANCE AND RISK ADJUSTMENT, SEC. 1341, 1342, 1343; PART III- SEC. 1321 (a)(1)(c).

12. Sección 22.-Se enmienda el Artículo 8.120 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.120. [Comité de Planes Médicos] Plan Médico Básico y Plan Médico Estándar

[A. El Comisionado nombrará un Comité de Planes Médicos compuesto por cinco (5) miembros. El Secretario de Salud, quien presidirá el Comité, el Procurador [del Paciente] “de la salud” y el Comisionado serán los tres (3) miembros natos del Comité. Los otros dos (2) miembros lo serán un (1) profesional competente en la industria de seguros y un (1) representante del interés público, quienes serán seleccionados conforme a los procedimientos y las guías que establezca el Comisionado.]

[B.]A. [El Comité recomendará] *El Comisionado promulgará* la forma y el nivel de cubierta que el asegurador de patronos de PYMES debe proveer conforme a este Capítulo. **[En el descargo de esta función, el Comité podrá hacer las consultas que estime necesarias a aquellas personas o entidades dedicadas a prestar servicios de cuidado de la salud, ofrecer y mercadear planes médicos a este segmento del mercado y otras actividades relacionadas con los planes médicos, especialmente a los patronos de PYMES.]**

[C.]B. [El Comité recomendará y diseñará] *El Comisionado dispondrá* los niveles de beneficios, costos compartidos, exclusiones y limitaciones para el plan médico básico y el plan médico estándar, teniendo en cuenta todas las disposiciones impuestas por las leyes y los reglamentos federales y estatales. Los planes médicos **[recomendados y]** diseñados por el **[Comité]** *Comisionado* incluirán medidas de control de costos tales como las siguientes:

- (1) ...
- (2) ...
- (3) ...
- (4) ...
- (5) ...

[D.]C. Luego de aprobarse este Capítulo, pero no más tarde **[de ciento ochenta (180) días de su nombramiento, el Comité presentará**

para aprobación del] *del 1 de octubre de 2013, el Comisionado establecerá mediante carta normativa los requisitos de un plan médico básico y un plan médico estándar, así como otros planes médicos que estime conveniente para cumplir con los propósitos descritos en este Artículo. Posterior a esta recomendación inicial y por lo menos una vez al año, el [Comité presentará y recomendará] Comisionado podrá promulgar las enmiendas necesarias a dichos planes médicos."*

Opinión de la AFCPR,

1. Eliminar la figura del Comité de Planes Médicos para delegarle sus facultades y responsabilidades al Comisionado nos resulta inaceptable. Queremos y esperamos un sistema ágil, dinámico y la Oficina del Comisionado no lo es. Quisiéramos que el aspecto y/o influencia política se mantuviera al margen. Nos parece que de la delegación de facultades surge un conflicto de intereses.

13. El uso de Cartas Normativas nos parece excesivo, la forma y manera de adoptar nueva reglamentación debería ser la Reglamentación, por ser esta una de fácil acceso, de mayor dificultad para su modificación, menos vulnerable a cambios políticos.

Conclusión:

El apoyo de la AFCPR, a las enmiendas sugeridas a la Ley Núm. 194, supra, mediante el P. de la C. 1177, está condicionado a las enmiendas sugeridas. Las mismas son unas de carácter esencial.