PUERTO RICO CONFERENCE 2023

Puerto Rico Chamber of Commerce – Health Committee Puerto Rico Health Insurance Conference March 30th, 2023





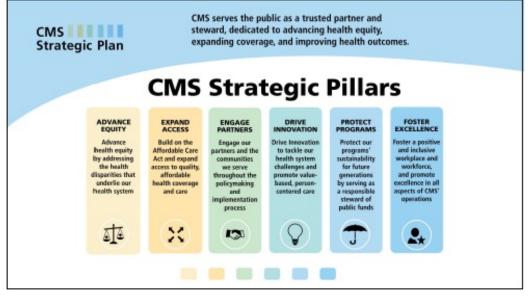
Agenda:

1. Provide an overview of CMS' Strategic Plan

2. Describe how we are working across the agency to address the most urgent issues that affect all of the US

3. Share reflections on our visit to Puerto Rico and how equity for all will continue to drive CMS decision making

Image: Image





Rural Health Promote access to high-quality, equitable care for all people served by our programs in rural and frontier communities, Tribal nations, and the U.S. territories.



Supporting Health Care Resiliency Prepare the healthcare system for operations after the COVID-19 Public Health Emergency (PHE).



National Quality Strategy Shape a resilient, high-value health care system to promote quality outcomes, safety, equity, and accessibility for all individuals, especially for people within historically underserved and under-resourced communities.









Puerto Rico Health System Overview

- Population 3.2M (30th largest among states), managed care 93%
- •Poorest US jurisdiction: median household income \$20,539 vs. \$62,843 US
- •MA: ~630,668 enrolled, #1 penetration in all US (81%) and 94% of Medicare A&B
- •#13th in total MA membership among states, 4th Largest dual population (CA, NY, TX)
- •Medicaid: Close to 1.3 million in VITAL, regular Medicaid program, 287,000 in D-SNP
- •Commercial: ~1 million enrolled, but less than 20% of market revenue, deteriorating

Socio-Economic Indicator	United States	Puerto Rico	
Persons 65+	16.8%	22.7%	
Persons in poverty	11.6%	40.5%	
Per capita income	\$37,638	\$14,047	
Percent in Medicaid/public coverage	21.1%	46.9%	
Highest level of education	High school or higher: 88.9%	High school or higher: 78.4%	
Diabetes Prevalence	9.8%	13.1%	
Percentage of population that lives with at least 1 chronic disease	60%	81%	

Sources:

Income, education, poverty, and aged population:

- US: U.S. Census Bureau QuickFacts: United States
- https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/AGE775221#AGE775221
- PR: U.S. Census Bureau QuickFacts: Puerto Rico
- Diabetes: <u>National and State Diabetes Trends | CDC</u>
- Chronic disease: Chronic Diseases in America | CDC

Medicaid:

- PR: <u>S2704: PUBLIC HEALTH INSURANCE ... Census Bureau Table</u>
- US: <u>S2704: PUBLIC HEALTH INSURANCE ... Census Bureau Table</u>



Points of Consensus & Commitment to the Public Health Policy in Puerto Rico

Health Committee, Puerto Rico Chamber of Commerce

Working Document – October 2022

LOCAL:

- 1. Stabilize Government Health Plan
 - a. Work effective implementation of critical sustainability measures:
 - i. Increase provider compensation (doctors and hospitals)
 - ii. Increase beneficiary eligibility for Government Health Plan
 - iii. Expansion of essential benefits not currently covered
 - iv. Workplan to expand essential benefits in the Medicaid Program (Long-term Health Care, Home Care, Medicare Part B Premium Payment)
 - b. Greater transparency: implement programmatic integrity measures in the areas of compliance, fraud, abuse and waste
 - c. Improve medication quality and adherence programs
- 2. Implement "good public health policy" at the local level (Legislative and Regulatory)
 - a. Eliminate taxes that adversely burden the health system
 - b. Continue to incentivize the retention of our medical professionals in areas of need and healthcare professionals – important to evaluate implemented initiatives and their impact on retention.
 - c. Foster innovation in health service delivery
 - d. Educate about the importance of vaccination, eliminating barriers to access in a cost-effective way
 - e. Reform the individual market and SMEs in the commercial segment
 - f. Curb mandatory benefit legislation without being accompanied by a complete analysis of economic impact and health public policy (request input from JCF in advance)
- 3. "Operationalize" PRHIN & MMIS functions to achieve interoperability and patient management
- Develop a Public Health Policy Institute ensuring that federal funds are used effectively. CDC is interested in investing in this type of initiative, so active communication should be engaged.
- Commitment to improve the quality of the processes and performance of the Department of Health (PRDoH) and ASES (PRHIA)
 - Up-to-date accreditation better the national practices and align with federal policy, as federal funding is available for this.
 - B. Review the governance and operational structure of PRHIA with input from affiliated sectors in any potential merger effort between PRHIA and PRDoH.
- NO more cuts to local health funds under the context of PROMESA to continue positioning/advancing public health policy

FEDERAL:

- 7. Re-establish an active agenda of health proposals at the Federal level (Medicare and Medicaid)
 - a. Legislative Proposals
 - i. Continue to define a path to equity and parity in Medicaid
 - ii. Define an equitable Medicare Advantage (MA) base premium
 - iii. Include PR in the application of the Low-Income Subsidy Part D (drugs)
 - iv. Advocating for the CMS administration to address disparities and anomalies
 - b. Administrative Proposals
 - Address anomalies in Traditional Medicare data (Medicare Part A, ESRD dialysis costs) and use of proxies for MA
- 8. Increase access to discretionary federal funds (competitive funds) for health in PR (Crucial Role for Nonprofits)
- 9. Approach of health services in PR as a solution to the economy, vis a vis "as an industry".



Puntos de Consenso & Compromiso con la Política Pública de Salud en Puerto Rico

Comité de Salud, Cámara de Comercio de Puerto Rico

Documento de Trabajo – actualizado octubre 2022

LOCAL:

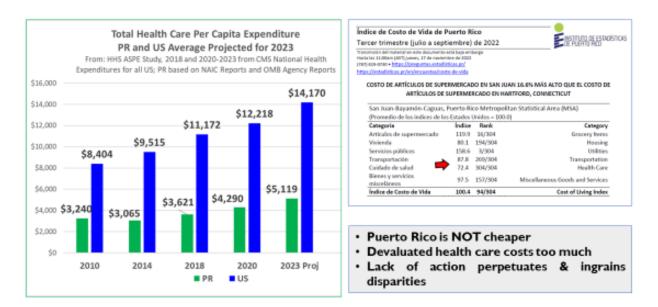
- 1. Estabilizar Plan de Salud del Gobierno
 - a. Trabajar implementación efectiva de las medidas críticas de sustentabilidad:
 - i. Aumento a proveedores (médicos y hospitales)
 - ii. Aumento en elegibilidad de los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno
 - iii. Expansión de beneficios esenciales que actualmente no se cubren
 - iv. Plan de trabajo para expandir beneficios esenciales en el programa de Medicaid (Cuidado prolongado de salud, cuidado en el hogar, pago de la prima de la Parte B de Medicare)
 - b. Mayor transparencia: implementar las medidas de integridad programáticas en las áreas de cumplimiento, fraude, abuso y despilfarro
 - c. Mejorar programas de calidad y adherencia a medicamentos
- 2. Implementar "buena política pública de salud" a nivel local (Legislativo y Regulatorio)
 - a. Eliminar impuestos contributivos que gravan adversamente el sistema de salud
 - b. Continuar incentivando la retención de nuestro talento médico en áreas necesitadas y profesionales de la salud – importante evaluar iniciativas implementadas y su impacto en la retención.
 - c. Fomentar el acceso a la innovación en la prestación de servicios de salud
 - d. Educar sobre importancia de la vacunación, eliminando barreras de acceso de forma costo-efectiva
 - e. Reformar el mercado individual y PyMes en el segmento comercial
 - Frenar legislación de beneficios mandatorios sin ser acompañado de un análisis completo de impacto económico y de política pública salubrista (solicitar insumo de JCF de antemano)
- 3. "Operacionalizar" las funciones del PRHIN & MMIS para lograr interoperabilidad y gerencia de pacientes
- Desarrollar un Instituto de Política Pública de Salud garantizando que los fondos federales se usen efectivamente. CDC tiene interés en invertir en este tipo de iniciativa, por lo que se debe entablar comunicación activa.
- 5. Compromiso de mejorar la calidad en los procesos y desempeño del Departamento de Salud (DSPR) y ASES
 - Acreditación actualizada mejores prácticas nacionales y alienado a la política federa, ya que hay fondos federales disponibles para esto.
 - B. Revisar la estructura de gobernanza y operacional de ASES con insumo de sectores afiliados en cualquier potencial esfuerzo de fusión entre ASES y DSPR.
- NO más recortes a los fondos locales de salud bajo el contexto de PROMESA para seguir posicionando/adelantando la política pública de salud

FEDERAL:

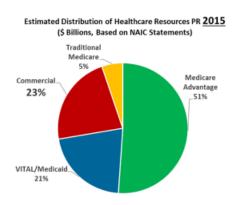
- 7. Reestablecer agenda activa de propuestas de salud a nivel Federal (Medicare y Medicaid)
 - a. Propuestas Legislativas
 - i. Continuar definiendo un camino hacia la equidad y paridad en Medicaid
 - ii. Definir una prima base de Medicare Advantage (MA) equitativa
 - iii. Incluir a PR en la aplicación del Low Income Subsidy de Parte D (medicamentos)
 - iv. Abogar por la autoridad administrativa de CMS para atender disparidades y anomalías
 - b. Propuestas Administrativas
 - Atender anomalías en la data de Medicare Tradicional (Medicare Parte A, ESRD costos de diálisis) y uso de proxies para MA
- Aumentar el acceso a fondos federales discrecionales (fondos competitivos) para la salud en PR (Rol crucial para organizaciones sin fines de lucro)
- 9. Enfoque de los servicios de salud en PR como una solución a la economía, vis a vis "como una industria". 7

Appendix

Less Dollars for Health Care but Cost of Living at the Same Levels of the US Average

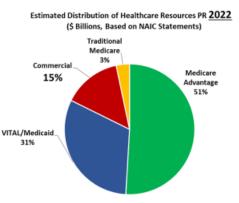


Distribution of Health Care Resources in Puerto Rico



~\$9.6B in 2015

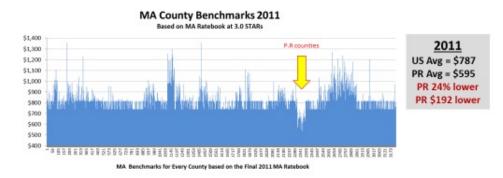
~\$15.1B in 2022 Projection

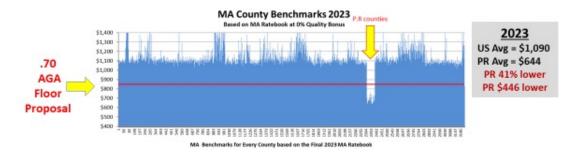


*Commercial includes a \$300M addition as EAP to account for ASOs.

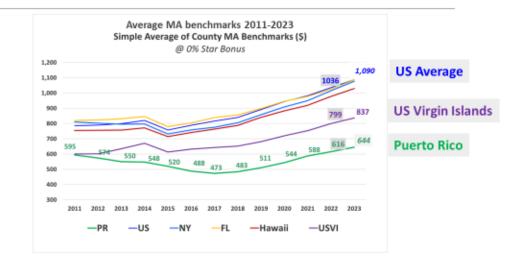
Medicare in Puerto Rico

MA Funding Disparity in PR - 2023 v. 2011





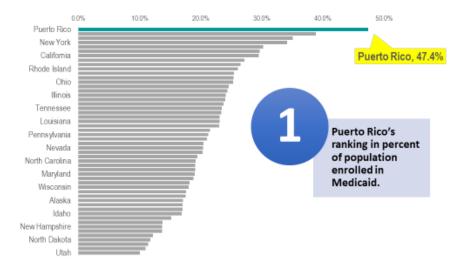
Medicare Advantage Rate Disparity 2023



- 2022 MA Rates in P.R. are too low, and depend on temporary fixes
 - P.R. MA rates are 41% below US avg, and falling
 - 37% below the lowest state
 - 23% below the USVI

Medicaid in Puerto Rico

Puerto Rico Medicaid: Proportionally More Participants than Any State



Puerto Rico Medicaid Spending Per Full-Benefit Enrollee is Significantly Lower than Any other US Jurisdiction

Table 1. Medicaid Per capita Expenditure Estimates for States and Data Quality Assessment (2019)

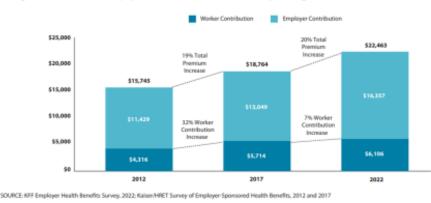
State	Total	Children	Adult: non- expansion, non-disabled, under age 65	Aged	People with disabilities	Adult: ACA Medicaid expansion	
Puerto Rico	\$2,142	\$1,446	\$2,299	\$1,516	\$2,001	\$2,956	
Median	\$8,436	\$3,556	\$6,451	\$18,610	\$21,372	\$6,709	
Annual Difference	\$6,294	\$2,110	\$4,152	\$17,094	\$19,371	\$3,753	
% Difference	-75%	-59%	-64%	-92%	-91%	-56%	
https://www.medicaid.gov/state-overviews/scorecard/how-much-states-spend-per-medicaid-enrollee/index.html							

- · Major inequity for all beneficiaries (75% below)
- EVEN higher for dual eligible beneficiaries (92% below)
- In December 2022, Congress assigned ~\$19.4B for Puerto Rico's Medicaid program for the next 5 years.
- As a next step Puerto Rico needs to continue a road towards equitable treatment to cover mandatory/essential benefit gaps that currently exist and address provider compensation.

Private Health Insurance in Puerto Rico

Disparities in Commercial Health Economics

Average Annual Worker and Employer Premium Contributions for Family Coverage, 2012, 2017, and 2022



US Average:

- \$1,872 for Family
- \$659 Individual
- 32% have annual general deductible of \$2,000 or more

PR Estimates:

- \$600-\$800 for Family
- \$180-\$200 Individual
- 0% have annual general deductible of \$2,000 or more

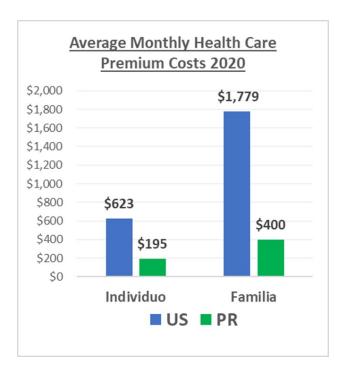


FIGURE A

Puerto Rico Community Letter

ACTION REQUIRED in MA Rates for 2024

to act on Health Equity for Medicare Beneficiaries in Puerto Rico

HHS-CMS should delay implementation of proposed risk score model changes and take new steps to support health equity in MA benchmarks

March 6, 2023

The Honorable Xavier Becerra Secretary of Health and Human Services 200 Independence Ave, SW Washington, DC 20201

Dear Secretary Becerra:

We write to request the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to <u>urgently adopt</u> <u>policies in the 2024 Medicare Advantage (MA) Rate Announcement to reduce the current</u> <u>inequities in the funding of MA in Puerto Rico, and put a hold in what could be the largest Federal</u> <u>funding reduction ever for beneficiaries on the island</u>. Doing so is necessary to preserve current levels of health care services for more than 640,000 MA beneficiaries living in Puerto Rico, including more than 290,000 vulnerable dually eligible beneficiaries, the 5th largest duals population in the nation. In fact, CMS should go beyond preserving the current funding levels and reduce the inequities in MA program funding between Puerto Rico and the rest of the nation.

Unfortunately, the current MA rate-setting formula destines Puerto Rico in a downward spiral of MA program funding. MA rates to Puerto Rico that were 24% below the national average in 2011, are now 41% below the national average. That is 37% below the lowest state, Hawaii, and 22% below the next-lowest jurisdiction, the U.S. Virgin Islands, which on a good day can be seen from the east coast side of Puerto Rico.

We are particularly troubled by CMS' proposal in the 2024 Advance Notice to change the MA risk adjustment model, including removing more than 2,000 ICD-10 diagnoses codes from the CMS-HCC model. The removal of codes for diabetes, mental health disorders, congestive heart failure, and others will have a disproportionately negative effect on MA plan funding in Puerto Rico where the prevalence rates for these and other chronic conditions among the MA population can be as much as double the national average. These impacts will also disproportionately impact Puerto Rico because of the proposal to increase the weights of the demographic components of the risk scores due the fact that very few beneficiaries in Puerto Rico have no chronic conditions. Reducing federal payments to MA plans in Puerto Rico through these proposals will reduce the availability of benefits in Puerto Rico to address these very conditions. Puerto Rico is unique in that its poor seniors overwhelmingly depend upon the MA program, with the nation's 17th largest enrolled MA population and an MA penetration rate of 94% among beneficiaries eligible for both Medicare Parts A & B. Seniors in Puerto Rico are poorer and have more chronic conditions than the MA population in the mainland. Socio-economic factors and exclusion from multiple federal social welfare programs limit beneficiaries' access to, or ability to follow-though on care. As young professionals increasingly leave Puerto Rico for higher wages in the mainland, their aging relatives are left with smaller family-networks for social supports.

Moreover, there are aggravating elements from other existing disparities for the US citizens residing in Puerto Rico:

- <u>Beneficiaries are excluded from</u> the Part D Low Income Subsidy Program, including 350,000 duals under 85% FPL (significantly contrasting with the expansion of the Part D LIS to citizens 150% FPL and below in the Inflation Reduction Act)
- <u>Beneficiaries are excluded from</u> the Medicare Savings Program (MSP) that helps the poorest to pay for the Part B member premium
- <u>Beneficiaries are excluded from</u> Supplemental Security Income (SSI)
- <u>Beneficiaries are excluded from</u> the Long Term Services and Supports (LTSS) covered by Medicaid elsewhere

MA has been structurally forced to become the social safety net for our dual eligible and the Medicare beneficiaries in general, pulled by the lack of these benefits that are covered everywhere else for similarly situated individuals. The continuation of widening the gap in the disparity of MA benchmarks between US mainland average and Puerto Rico, along with the double digit reduction implied by the risk score changes will harm the basic wellbeing of the most vulnerable, and negatively impact the health system as a whole.

The Puerto Rico healthcare community is also concerned that the proposed growth rates for 2024 are inaccurate and do not fully account for the projected growth in costs. This potential inaccuracy could exacerbate the historical disparity between fee for service data and MA in Puerto Rico. CMS proposes an effective growth rate of 2.09% for payment year 2024, less than half the growth rate finalized for payment year 2023 (4.88%) and well below the projected growth in Medicare costs. The Congressional Budget Office projects more than a 9% increase in Medicare costs from 2023 to 2024.¹

Failing to close the MA funding gap between Puerto Rico and the mainland effectively relegates the Puerto Rico health care system to second-tier status and exacerbates the inequities. We need the support of the White House, HHS-CMS and Congressional leaders to demonstrate health equity, and provide a minimum level of funding to the island's MA program, that has excelled in "doing more with less", but does need adequate funding to improve its healthcare infrastructure and quality of care within the national health care market and standards.

¹ Congressional Budget Office (CBO), The Budget and Economic Outlook: 2023 to 2033, (February 15, 2023) <u>https://www.cbo.gov/publication/58848</u>.

ACTION IS NEEDED, NOW, for over 640,000 beneficiaries, including 290,000 duals. See attached Comparative Chart between US Mainland & Puerto Rico.

Sincerely,



Medicaid and Medicare Advantage Products Association of Puerto Rico (MMAPA)



Board of Physicians and Surgeons of Puerto Rico



Puerto Rico Hospital Association



Board of Pharmacists of Puerto Rico



Puerto Rico Optometry Board



IPAs Association of Puerto Rico



Board of Health Services Administrator (CASS)



Puerto Rico Community Pharmacies Association





Alliance of Community Health Centers 330



Salud Integral en la Montaña, Inc



Federation of Long Term Care Institutions



Long Term Care Facility Owners Association, Inc



Association of Insurance Companies of Puerto Rico (ACODESE)

Puerto Rico Chamber of Commerce



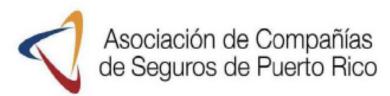
Puerto Rico Manufacturers Association



Entrepreneurs for Puerto Rico



Products Association of Puerto Rico



LEGISLACIÓN AL DÍA: 2020-2023

Preparado por: Lcda. Iraelia Pernas, Directora Ejecutiva 30 de marzo de 2023

I. Leyes Aprobadas

Ley 82-2019, firmada el 30 de julio de 2019

Mediante su aprobación se creó la Ley Reguladora de los Administradores de Beneficios y Servicios de Farmacia, la cual proponía establecer la Oficina del Comisionado Regulador de los Administradores de Beneficios y Servicios de Farmacia, adscrita al Departamento de Salud, disponiendo sus funciones, poderes y facultades de supervisar y fiscalizar a los Manejadores de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager 'PBM', por sus siglas en inglés), los Administradores de Servicios de Farmacias (Pharmacy Benefit Administrators 'PBA', por sus siglas en inglés); y cualquier entidad similar que contraten los servicios con las Farmacias en Puerto Rico.

Por otro lado, enmendó la "Ley de la Oficina del Procurador del Paciente", con el fin de conferir jurisdicción a esta dependencia para atender querellas relacionadas con los Manejadores de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager 'PBM', por sus siglas en inglés), los Administradores de Servicios de Farmacias (Pharmacy Benefit Administrators 'PBA', por sus siglas en inglés); y cualquier entidad similar que contraten los servicios con las Farmacias en Puerto Rico.

Esta ley fue paralizada por la Junta de Supervisión Fiscal por no cumplir con los parámetros de la ley PROMESA.

Ley 138-2019, firmada el 1 de agosto de 2019

Este estatuto enmendó el Código de Seguros de Puerto Rico, con el fin de establecer que las organizaciones de servicios de salud no podrán denegar la solicitud de un médico para convertirse en proveedor de la misma cuando éste cumpla con los requisitos necesarios para ejercer la profesión médica y esté autorizado por las entidades competentes a proveer servicios de cuidado de salud en Puerto Rico. Esta ley es mejor conocida como "any wiling provider".

Sin embargo, esta ley fue paralizada por la Junta de Supervisión Fiscal.

Ley 19-2020, firmada el 12 de enero de 2020

Enmienda la Ley de la Administración de Seguros de Salud. Dispone que se extiendan los beneficios de la cubierta básica de los planes de seguro de salud a toda persona diagnosticada con diabetes mellitus tipo I.

Resolución Conjunta 19-2020, firmada el 20 de marzo de 2020

Establece las acciones de salud pública necesarias para atender la emergencia decretada por la pandemia del coronavirus (COVID-19), con el fin de autorizar que los médicos puedan evaluar a sus pacientes mediante la práctica de la telemedicina o consultas médicas telefónicas, así como también permitir que puedan enviar una receta, referido u orden médica por medio de fotografía o cualquier otro método electrónico al proveedor, y a éste que la reciba y la acepte. Además, dispone que los pacientes que sean atendidos mediante esta modalidad estarán exentos del pago de deducibles o copagos.

Igualmente, dispone que las compañías de seguros de salud y la Administración de Seguros de Salud (ASES) vendrán obligadas a pagar por los servicios prestados a los pacientes por vía electrónica, digital o telefónica, como si fuera una consulta presencial, y por cualquier prueba y/o tratamiento médico para atender el COVID-19 que resulte de dicha consulta. Finalmente, establece que la ASES atempere su reglamentación vigente conforme a los propósitos de esta resolución conjunta.

Ley 43-2020, firmada el 16 de abril de 2020

Mediante su aprobación se creó la Ley para combatir el COVID-19, donde se estableció la política pública del Gobierno de Puerto Rico sobre el tratamiento del coronavirus. Dispone que todo cuidado médico, estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento de COVID-19, incluyendo hospitalización, será libre de costo para toda la ciudadanía sin importar si cuentan o no con seguro de salud. Además, establece que ninguna organización de seguros de salud, aseguradora, PBM o terceros administradores podrá requerir algún copago deducible, referido o preautorización, por el diagnóstico y tratamiento del COVID-19, incluyendo hospitalización. Finalmente, permite el pago o reembolso a los proveedores por servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento del COVID-19.

Ley 48-2020, firmada el 29 de abril de 2020

Crea la Ley para Regular la Ciberterapia, que dispone que, durante situaciones de emergencia o desastre decretados por el Gobernador o por el Presidente, los estudiantes con discapacidades del Programa de Educación Especial podrán continuar recibiendo sus servicios, a través de la práctica de la ciberterapia, en la medida en que ello sea posible para el especialista y el menor. Además, autoriza la práctica de la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa en Puerto Rico, por medio de los avances tecnológicos de las telecomunicaciones. Finalmente, dispone que el profesional debidamente licenciado podrá facturar por los servicios provistos utilizando la ciberterapia, quedando obligados los aseguradores de servicios de salud y la Administración de Seguros de Salud a pagar la consulta como una presencial.

Puerto Rico Health Insurance Conference 2023 30 de marzo de 2023 Legislación al Día: 2020 - 2023 Página 3

Ley 79-2020, firmada el 1 de agosto de 2020

Mediante su aprobación se creó la "Ley de normas uniformes para el tratamiento y diagnóstico de los pacientes de cáncer en Puerto Rico" a fín de disponer normas uniformes en el tratamiento y diagnóstico para pacientes de cáncer en Puerto Rico. Además, se estableció la política pública del Gobierno de Puerto Rico, así como sus disposiciones generales y la forma en que éste interactuará con el Código de Seguros de Puerto Rico. Reglamento, uniforma y fiscaliza el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, según definidos. Por otro lado, hace mandatoria la cubierta sin requerimiento de preautorizaciones para medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas dentro del estándar de cuidado básico de las condiciones identificadas. Prohíbe el uso de ciertas cláusulas discrecionales en los planes médicos y para otros fines relacionados.

Ley 138-2020, firmada el 1 de septiembre de 2020

Enmienda el Código de Seguros de Salud, para establecer la política pública relacionada con la interpretación de las disposiciones del Código de Seguros de Salud y emitir prohibiciones. Reduce los términos establecidos para agilizar el proceso de adjudicación y pago de las reclamaciones sometidas por los proveedores de servicios de salud a las aseguradoras. Esta medida modifica la Ley de Pago Puntual.

Ley 134-2020, firmada el 1 de septiembre de 2020

Establece protecciones para el consumidor contra facturación no esperada por parte de los planes de salud, por servicios fuera de la red de proveedores. Se trata de una versión local de la ley federal "No Surprises Act".

Ley 142-2020, firmada el 9 de octubre de 2020.

Esta ley enmienda el Código de Seguros de Salud, y la Ley de Farmacias. Prohibe que el criterio médico sea alterado por una aseguradora. Requiere que las aseguradoras provean una cubierta inmediata y temporera para que un paciente no quede desprovisto de medicamentos, mientras se resuelve su reclamación, y que en caso de que se deniegue el despacho de un medicamento, éstas provean a los asegurados afectados, una orientación completa sobre el particular.

Esta ley fue paralizada por la Junta de Supervisión Fiscal, pues no se cumplió con bajo la ley PROMESA ya que no se demostró que el impacto fiscal de la misma sea neutral para fines del Plan Fiscal.

Ley 69-2021, firmada el 30 de diciembre de 2021

El estatuto enmienda la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico" (ASES), para incluir a los técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a), diestros con conocimientos en terapia respiratoria y con conocimiento en enfermería, como parte de los profesionales de la salud capacitados para ofrecer los servicios de cuidado a los beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida; y para otros fines relacionados.

Ley 79-2021, firmada el 30 de diciembre de 2021

Esta ley enmienda la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente y la Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico, para disponer que la definición del término "Psicólogo" o "Sicólogo" que establecen ambas leyes, sean uniformes con la definición que sobre dicho término establece la Ley de Salud Mental de Puerto Rico. Además, enmienda la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las personas con Autismo, la Ley a fin de requerir a todas las compañías aseguradoras que incluyan, como parte de sus cubiertas, servicios provistos por profesionales de la psicología capacitados por educación a nivel de maestría o doctorado y la Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico. Esta legislación se conforma al estado de derecho establecido por la ley que regula la profesión de la Psicología en Puerto Rico.

Ley 13-2022, firmada el 25 de marzo de 2022

Este estatuto enmienda la Carta de Derechos de Personas con Síndrome de Down para establecer una penalidad que será impuesta a discreción del tribunal, aplicable a toda organización de seguros de servicios de salud que rehúse, limite, restrinja o cancele una póliza de servicios de salud, por razón de que el asegurador o sus dependientes sean diagnosticados con Síndrome de Down.

Ley 37-2022, firmada el 17 de junio de 2022

Esta ley enmienda el Código de Seguros de Puerto Rico para adoptar los estándares aplicables a las operaciones de reaseguro en Jurisdicciones Recíprocas cónsono con los nuevos criterios establecidos en la Ley Modelo de Crédito por Reaseguro de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés).

Ley 70-2022, firmada el 15 de agosto de 2022

Establece un nuevo Capítulo 32 de Gobernanza Corporativa al Código de Seguros de Puerto Rico, para disponer los requisitos de carácter confidencial del Informe de Divulgación Anual de la Gobernanza Corporativa de las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud domésticas.

Ley 109-2022, firmada el 22 de diciembre de 2022

Crea la Ley de la política pública del Gobierno de Puerto Rico en torno a la población con Albinismo y el Síndrome de Hermansky-Pudlak. Esta ley garantiza a los pacientes el acceso directo a proveedores y médicos especialistas, medicamentos, tratamientos, terapias y pruebas que no sean experimentales ni de modificación genética, recomendadas para diagnosticar y tratar esta condición, sin necesidad de referidos. Además, ordena que el Departamento de Salud cree un registro de las personas que padezcan la enfermedad, con el fin de definir el perfil de esta población y llevar estadísticas oficiales de los casos existentes. Declara el día 13 de junio de cada año, como el Día de Sensibilización sobre el Albinismo.

Ley 30-2023, firmada el 13 de enero de 2023

Enmienda la Ley para establecer parámetros uniformes en procesos de contratación de servicios profesionales y consultivos para el Gobierno, y la Ley de la Administración de Seguros de Salud, para disponer que se requerirá una certificación de no tener deuda pendiente, o de tener un plan de pago al día y sin atrasos, con el Plan de Práctica Médica Intramural del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, para que un asegurador o proveedor de servicios de salud pueda contratar con el Gobierno. Además, dispone de un término de 30 días para que el contratista certifique que se encuentra en un proceso activo de reconciliación de facturas y pagos, que podrá extenderse por 20 días adicionales, mediante acuerdo escrito entre las partes. Finalmente, establece que, de no culminarse el proceso de reconciliación de facturas y pagos dentro de dichos plazos, se remitirá al contratista al Comisionado de Seguros, para que, en un plazo no mayor de 30 días, se adjudique la controversia y se establezca la deuda líquida y exigible a pagarse.

Ley 40-2023, firmada el 21 de febrero de 2023

Esta ley enmienda la Ley de la Administración de Seguros de Salud y el Código de Seguros de Puerto Rico, para ampliar la cubierta de servicios en el hogar para menores de 21 años de edad, que se encuentren postrados en cama con condiciones físicas o físiológicas complejas.

П.

CARTAS NORMATIVAS DEL COMISIONADO DE SEGUROS

CN-2020-265-D (11 de marzo de 2020). Esta normativa, emitida a raíz de la pandemia del COVID-19, dispone que:

- Los planes médicos comerciales deben proveer cobertura para las pruebas de diagnóstico del COVID-19, conforme sea ordenada según el criterio médico.
- Deben mantener una red de proveedores con la capacidad suficiente para atender la necesidad de servicios a raíz del COVID-19.
- Proveer cubierta para servicios de emergencia sin autorización previa.
- Proveer cobertura, libre de costo al bolsillo del asegurado (copago, deducibles o coaseguros), para servicios de inmunización contra el COVID-19.
- Rescindir de requerir preautorizaciones o tratamiento escalonado, cuando por razones de criterio médico se recomiende un medicamento fuera del formulario para tratar alguna condición de salud asociada al COVID-19.

CN-2020-269.D (20 de marzo de 2020). Enmienda la CN-2020-265-D para establecer que la disponibilidad de la cubierta para la prueba de diagnóstico del COVID-10 será provista por los aseguradores y organizaciones de servicios de salud que suscriban planes médicos de grupos e individuos en el sector privado <u>libre de costo compartidos</u> (incluyendo deducibles, copagos y coaseguros) al asegurado, en los casos que conforme al criterio médico así se ordene realizar la prueba. CN-2020-272-D (30 de marzo de 2020). Establece un proceso expedito para el pago de reclamaciones provenientes de instituciones hospitalarias y laboratorios, disponiendo que:

- Se deben procesar las reclamaciones y pagar la totalidad de las reclamaciones procesables para pago dentro de 15 días calendario a partir del momento en que se recibe la reclamación.
 - Si no hay objeción sobre la reclamación dentro de 10 días de haber sido recibida, se entiende que la misma es procesable para pago.
 - Las objeciones se deben notificar dentro de 10 días, exponiendo las razones específicas por las cuales se entienden que esta no es procesable para pago.
 - La contestación estas objeciones por parte del asegurador deben ser provistas por el hospital o laboratorio dentro de los siguientes 10 días calendario de haber sido notificada. De lo contrario, se entenderá como una admisión a las objeciones notificadas.
- No se requerirá obtener autorización previa para la prestación de los servicios médicohospitalarios o laboratorio, aun cuando estos servicios sean provistos por un proveedor fuera de la red.

La vigencia de esta normativa es hasta la fecha en que culmine el estado de emergencia o cuando se notifique lo contrario.

CN-2020-279-D (16 de junio de 2020). Esta normativa dispuso el código D1999 – "unspecified preventive procedure", como el código para facturar los gastos inherentes a la práctica dental de equipo de protección personal (PPE). Se trata del llamado COVID Fee, por el que el Comisionado de Seguros ordena pagar una cantidad no menor de \$25 por cada visita dental.

A la fecha de este Informe, dicha normativa sigue vigente, pues no se ha dispuesto que el estado de emergencia ha culminado y la Oficina del Comisionado de Seguros tampoco ha derogado la misma.

CN-2020-289-D (11 de diciembre de 2020). Dispone que, en el caso de los planes médicos comerciales, le corresponde a cada organización de servicios de salud y asegurador establecer sus correspondientes códigos y tarifas aplicables a las pruebas de diagnóstico del COVID-19 y notificar las mismas a sus proveedores de servicios de salud participantes. Se otorgó un término de 5 días para brindar a los proveedores los códigos de facturación, de toma de muestra y tarifas correspondientes para la prueba molecular, de antígeno y serológica.

CN-2021-292-D (28 de enero de 2021). Esta carta normativa informa que el Centro de Servicios para Medicare & Medicaid (CMS) estableció los códigos y las tarifas correspondientes a la facturación de las pruebas de diagnóstico del COVID-19 y la toma de muestra de estas pruebas, en torno a los planes Medicare Advantage. Además, CMS dispuso los códigos aplicables a los medicamentos de anticuerpos monoclonales para el tratamiento del COVID-19 y la administración de dichos medicamentos. Puerto Rico Health Insurance Conference 2023 30 de marzo de 2023 Legislación al Día: 2020 - 2023 Página 7

En esa línea, ordena a las organizaciones de servicios de salud y aseguradores de planes médicos comerciales a establecer los códigos y respectivas tarifas para las pruebas diagnósticas de COVID-19, la toma de muestra de dichas pruebas, los medicamentos de anticuerpo monoclonal y la administración de dichos medicamentos.

Los códigos de facturación establecidos por CMS son los siguientes:

- Códigos para la facturación de las pruebas diagnósticas del COVID19
 - U0001 CDC 2019-nCoV Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel.
 - U0002 2019-nCoV Coronavirus, SARS-CoV-2/2019-nCoV (COVID-19), any technique, multiple types or subtypes (includes all targets), non-CDC.
- Códigos para la toma de muestra
 - G2023 toma de muestra proveniente de cualquier fuente.
 - G2024 toma de muestra en un centro de enfermería especializado (skilled nursing facility) o por un laboratorio a nombre de una agencia de salud en el hogar (home health agency).
- Códigos para medicamentos de anticuerpo monoclonal y la administración de estos
 - Q0239 medicamento de anticuerpo monoclonal bamlanivimab
 - M0239 infusión del anticuerpo monoclonal bamlanivimab
 - Q0243 medicamentos de anticuerpo monoclonal casirivimab e imdevimab (administrados conjuntamente)
 - M0243 infusión de medicamentos de anticuerpo monoclonal casirivimab e imdevimab

CN-2022-315-AS (10 de mayo de 2022). Esta normativa dispone para las tarifas de las pruebas para detección del COVID-19. En esta carta normativa la Oficina del Comisionado de Seguros reitera que las pruebas de detección del COVID-19 tienen que ser cubiertas por los aseguradores de planes médicos y las organizaciones de seguros de salud sin costo alguno para el paciente y libre de copagos, deducibles, pre-autorizaciones o referidos. Además, reitera la obligación de establecer la compensación a los laboratorios o proveedores a base de códigos y tarifas separadas, tanto para las pruebas diagnósticas como para la toma de muestras. El incumplimiento con lo dispuesto en esta normativa conlleva la imposición de sanciones por parte de la Oficina del Comisionado de Seguros.

CN-2022-325-D (18 de noviembre de 2022). A raíz de la Orden Administrativa Núm. 554 del Departamento de Salud, se emitió esta normativa con fecha del 18 de noviembre de 2022, la cual dispone que, según surge de la Orden del Departamento de Salud:

- Se le requiere a todo asegurador u organización de servicios de salud de planes médicos a incluir, como parte de la cubierta, y proveer a los asegurados los tratamientos y medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) que sean necesarios para tratar la influenza, sin distinción de los tipos de virus de influenza para la cual el médico ordene el tratamiento o medicamento.
- Todo asegurador u organización de servicios de salud de planes médicos, públiços y privados, que incluya como parte de la cubierta de todos los asegurados, las pruebas

diagnósticas, aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), necesarias para atender pacientes con síntomas de influenza sin distinción del tipo de virus de influenza.

 Obligación de cubrir, libre de costo de copagos, deducibles o coaseguros para el asegurado o beneficiario, la cubierta de la vacuna contra la influenza. El pago de los servicios de inmunización prestados debe considerar el uso de tarifas separadas para servicios de administración de la vacuna por un médico o profesional de la salud cualificado, y otro para el tipo de vacuna a ser administrada.

CN-2022-326-D (23 de noviembre de 2022). Esta normativa <u>deja sin efecto</u> la Carta Normativa CN-2022-317-D con fecha del 20 de septiembre de 2022, emitida a raíz del huracán Fiona, la cual disponía que:

- Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos privados con cubierta de farmacia deberán suspender las restricciones utilizadas para el manejo de medicamentos de receta (excluyendo controlados).
- Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores debían permitir el acceso a servicios de salud a través de proveedores no participantes o no contratados, sin aplicar penalidades ni restricciones.
- Suspensión de requisitos de pre-autorización, referidos o revisiones de utilización de servicios.
- Se debía extender el término aplicable para que los proveedores de servicios de salud presentaran reclamaciones de pago por servicios de salud prestados.

Por lo tanto, a la fecha no hay normativa que disponga para la suspensión de las medidas de control de utilización (pre-autorizaciones, referidos y otros), toda vez que mediante la CN-2022-326-D lo anterior quedó derogado.

CN-2022-327-D (23 de noviembre de 2022). Esta normativa <u>deja sin efecto</u> la CN-2022-318-D del 20 de septiembre de 2022, emitida a raíz del huracán Fiona, sobre posposición temporera de cancelación de las pólizas o contratos de seguro y la prohibición de penalidades de cargos por mora o insuficiencia de fondos durante la vigencia de dicha normativa. Por lo tanto, a la fecha no hay normativa que posponga la cancelación de pólizas de seguros o que prohiba la imposición de penalidades por atrasos en los pagos de la prima.

Ш.

PROYECTOS LEGISLATIVOS DE INTERÉS PARA EL SECTOR

A continuación, incluimos algunos de los proyectos de ley pendientes ante la Legislatura que resultan particularmente relevantes para el sector de seguros de salud. Entendemos que es importante estar pendientes del proceso legislativo en cuanto a estos, dado sus implicaciones y consecuencias. Proyecto del Senado 76. Presentado por el senador Rivera Schatz. Enmienda la Sección 6 del Artículo 6 de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", y enmienda el Artículo 2.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fínes de eliminar el requisito de referido para beneficiarios de enfermedades crónicas y de alto costo; ordenar a la Administración de Seguros de Salud a realizar un estudio actuarial con el fín de enmendar el Plan Estatal de Medicaid y de ampliar el alcance del Programa de Medicaid en Puerto Rico; y para otros fínes relacionados. Fue aprobado en el Senado y se encuentra en la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 113. Presentado por el representante Denis Márquez Lebrón. Crea la Ley del Plan Nacional de Salud. Establece la nueva política pública de salud en Puerto Rico. Crea la Corporación del Seguro Nacional de Salud que pondrá en vigor y administrará el Plan Nacional de Salud. Establece el Seguro Nacional de Salud y crea el Fondo Nacional de Inversión en Salud Pública para el financiamiento de programas, intervenciones, y actividades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El proyecto se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 147. Presentado por el representante Ángel Peña Ramírez. Requiere que todo asegurador y organización de servicios de salud público o privado que opere en Puerto Rico incluya como parte de sus cubiertas, todo tipo de tratamiento y medicamento disponible para atender a pacientes diagnosticados con el trastorno de la fibromialgia. Se encuentra ante la Comisión de Derechos del Consumidor, Servicios Bancarios e Industria de Seguros de la Cámara de Representantes.

Proyecto del Senado 251. Presentado por el senador Thomas Rivera Schatz y demás miembros del PNP. Para añadir el inciso (q) al Artículo 7 la Ley Núm. 77-2013, según enmendada, mejor conocida como "Ley del Procurador del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico" a los fines de establecer el cobro de una fianza anual a las aseguradoras de servicios de salud y añadir un tercer párrafo en el Artículo 15 de la Ley Núm. 77-2013, supra a los fines de restablecer el Fondo Especial creado mediante la Ley Núm. 300-2012; para que ingresen los fondos provenientes por concepto del pago de dicha fianza. Esta medida se encuentra ante la Comisión de Salud del Senado.

Proyecto de la Cámara 302. Presentado por los representantes Lydia Méndez y Rafael "Tatito" Hernández. Para añadir los sub-incisos 14 y 15 al inciso (a) del Artículo 17 de la Ley 194-2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", a los fínes de proveer alternativas para que el paciente, asegurado o consumidor pueda presentar querellas administrativas; enmendar el inciso (S) del Artículo 26.060 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, mejor conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fínes de establecer que la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una mancomunadamente compartida de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes y cuáles serán los parámetros para tramitar la coordinación de beneficios de servicios de salud de los pacientes; requerir la redacción de un Reglamento y que una vez concluido el proceso de redacción del Borrador del Reglamento, el mismo sea remitido a las Secretarías de la Cámara de Representantes y del Senado de Puerto Rico para su revisión y análisis perfinente; establecer campaña educativa; y para otros fines. La medida fue reconsiderada.

Proyecto de la Cámara 303. Presentado por los representantes Lydia Méndez y Rafael Hernández Montañez. Para añadir un nuevo inciso (ff) al Artículo 7.010 y añadir un nuevo Capítulo 32 sobre Terceros Administradores a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, mejor conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", a los fínes de disponer para el registro de las entidades que interesen operar en Puerto Rico como terceros administradores y los derechos y responsabilidades de estas entidades y las normas que regulen la contratación con los aseguradores; y para otros fínes. La medida fue aprobada en la Cámara de Representantes y pasó al Senado.

Proyecto de la Cámara 330. Presentado por la representante Yashira Lebrón. Para requerir a toda persona natural o jurídica notificar a su asegurador u organización de servicios de salud cuando presente una reclamación judicial, extrajudicial o administrativa de daños y perjuicios y dichos daños le hayan sido total o parcialmente sufragados por el asegurador u organización de servicios de salud, de modo que este pueda ejercer su derecho de subrogación. La medida se encuentra ante la Comisión de Reglas y Calendario del Senado.

Proyecto de la Cámara 343. Presentado por el representante Víctor Parés. Para establecer como mandatorio que todo contrato de seguro médico en Puerto Rico deberá ofrecer como opción en su cubierta de seguro todo tipo de tratamiento para la condición médica de infertilidad, así como para sufragar los procedimientos y medicamentos relacionados a ella. Se encuentra ante la Comisión de Derechos del Consumidor, Servicios Bancarios e Industria de Seguros de la Cámara de Representantes.

Proyecto del Senado 503. Presentado por el senador Vargas Vidot. Para enmendar los Artículos 1, 2, añadir un nuevo Artículo 3 y reenumerar el actual Artículo 2 como nuevo Artículo 4 de la Ley 352-1999, a los fines de ampliar el acceso a servicios médicos a los pacientes de nuestras comunidades, ayudando a mejorar su salud física y mental y contribuyendo al bienestar común; disponer que una aseguradora o plan médico no podrá negar cobertura para servicios de salud dental en los casos dispuestos en esta Ley; disponer que no se requerirá preautorización por parte de aseguradoras o planes médicos de salud en los casos de pacientes hospitalarios cubiertos por esta Ley; prohibir que hospitales denieguen privilegios a dentistas y prohibir cualquier trato discriminatorio en el uso de facilidades hospitalarias; y para otros fines relacionados. La medida se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto del Senado 551. Presentado por el senador Rivera Schatz y miembros del PNP. Para añadir los incisos (6) y (7) a la Sección 15 del Artículo VI; enmendar la Sección 4 del Artículo VIII; y añadir un inciso (i) a la Sección 2 del Artículo IX de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", a fin de aclarar el alcance del derecho del Gobierno de Puerto Rico para subrogarse y recobrar, ante cualquier tercero que sea responsable por haber causado daños al beneficiario, aquellos gastos médicos pagados por el Gobierno como consecuencia de dichos daños, establecer la obligatoriedad de notificar a la Administración de Seguros de Salud sobre cualquier causa de acción en daños que sea presentada por un beneficiario, y para otros fines relacionados. Se encuentra ante la Comisión Puerto Rico Health Insurance Conference 2023 30 de marzo de 2023 Legislación al Día: 2020 - 2023 Página 11

de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 594. Presentado por el representante José Meléndez Ortiz. Para disponer cual será la política pública que regirá en Puerto Rico, con respecto al manejo de los pacientes con Angioedema Hereditario (AEH); requerir a todo asegurador y organizaciones de servicios de salud instituidos conforme a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", y en virtud de la Ley 194–2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", planes de seguros que brinden servicios en Puerto Rico y cualquier otra entidad contratada para ofrecer beneficios de salud en Puerto Rico, así como a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, y a cualquier entidad contratada para ofrecer servicios de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", que incluyan, como parte de sus cubiertas, todo tipo de servicio de atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con AEH, sin exclusión alguna; y para otros fines relacionados. La medida fue aprobada en la Cámara de Representantes y pasó al Senado.

Proyecto del Senado 606. (Contraparte en la Cámara de Representantes: Proyecto de la Cámara 996). Presentado por la senadora María de Lourdes Santiago. Para enmendar el Artículo 1541 de la Ley Núm. 55–2020, denominada "Código Civil de Puerto Rico", a los fínes de añadir un nuevo inciso (h) que establezca la responsabilidad objetiva de las organizaciones de seguros de salud por el daño que causen determinaciones realizadas en contravención con el criterio clínico de profesionales de la salud; y para decretar otras disposiciones complementarias. Actualmente está referida a la Comisión de Lo Jurídico y a la Comisión de Salud del Senado.

Proyecto de la Cámara 685. Presentado por el representante Johnny Méndez. Para enmendar la Sección 6 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fines de obligar a todas las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud organizados conforme a la Ley Núm. 77 del 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", y en virtud de la Ley 194–2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los planes de seguros que brinden servicios en Puerto Rico, a cualquier otra entidad contratada para ofrecer beneficios de salud en Puerto Rico y a las entidades excluidas a tenor con el Artículo 1.070 de dicha Ley, así como a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico y a cualquier entidad contratada para ofrecer servicios de salud o de seguros de salud en Puerto Rico, a través de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, a través de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, a través de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, a través de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", a que provean, como parte de su cubierta básica y beneficios mínimos, servicios de matemidad, incluyendo la utilización y administración de anestesia epidural durante el parto; y para otros fines relacionados." Se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 756. Presentado por representantes del PNP. Para enmendar el Artículo 4.22 de la Ley 408-2000, según enmendada, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico", con el propósito de permitir la discreción al tribunal para determinar la continuación del ingreso de forma involuntaria del adulto en una institución proveedora de salud mental, incluyendo una determinación sobre el pago por dichos servicios de salud. Se encuentra ante la Comisión de

Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 765. Presentado por la representante Lisie Janet Burgos Muñiz. Para requerir a todos los aseguradores, organizaciones de servicios de salud constituidas, planes de seguros y asociaciones con fínes no pecuniarios, que suscriben seguros de servicios de salud en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que le incluyan, a aquellos asegurados interesados, como parte de sus cubiertas, el servicio de intérprete de lenguaje de señas a personas sordas, con discapacidad auditiva o impedimentos del habla, cuando estos acudan a citas médicas debidamente concertadas con anterioridad. Esta medida está ante la consideración de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes

Proyecto del Senado 829. Presentado por el senador Villafañe Ramos. Enmienda la Ley del Derecho a la Salud. Dispone que la condición de la Colangitis Biliar Primaria sea incluida en el listado de enfermedades crónicas bajo la cubierta especial de Administración de Seguros de Salud. Amplía los criterios de la cubierta de enfermedades catastróficas remediables, para incluir a aquellos pacientes cuyas cubiertas de planes médicos no cubren los gastos de los medicamentos para el tratamiento de sus condiciones, cuando excedan \$2,000.00 mensuales. Se encuentra ante la Comisión de Salud del Senado.

Proyecto de la Cámara 867. Presentado por el representante Dennis Márquez. Dispone que a los pacientes que padecen enfermedades intestinales inflamatorias se les provea acceso directo a médicos especialistas, pruebas de diagnóstico, medicamentos y tratamiento, sin necesidad de un referido, autorización o pre-autorización de planes médicos. Se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 883. Presentado por la representante Sol Higgins. Para obligar a todo asegurador y organizaciones de servicios de salud organizados conforme a la Ley 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", planes de seguros que brinden servicios en Puerto Rico y cualquier otra entidad contratada para ofiecer beneficios de salud en Puerto Rico, incluyendo al Plan de Salud Gubernamental al amparo de la Ley 72-1993, según enmendada que incluyan, como parte de su cubierta básica el suministro de equipo de monitoreo continuo de glucosa (CGM por sus siglas en ingles) para pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo, siempre y cuando los mismos cumplan con los criterios de cualificación para un paciente diabético que requiera el uso de dicho equipo, de conformidad con lo establecido por el *Centers for Medicare & Medicaid Services;* requerir que tanto la Oficina del Comisionado de Seguros como la Administración de Seguros de Salud establecerán reglamentación para establecer los criterios de cualificación para un paciente diabético que requiera el uso de Salud establecerán reglamentación para establecer los criterios de cualificación para un paciente diabético que requiera el uso de dicho equipo y cualquier otro requerimiento que entiendan pertinente; establecer vigencia y para otros fines relacionados. Se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 900. Presentado por los representantes Carlos "Johnny" Méndez y Juan. O. Morales. Para crear la "Ley para la Contratación Sumaria de Proveedores Servicios de Salud", a los fínes de establecer un proceso sumario en la contratación de profesionales e instituciones de servicios de salud por parte de las aseguradoras de planes médicos. Se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto del Senado 928. Radicado por el senador Albert Torres Berríos. Para enmendar el primer párrafo de la Sección 6 del Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como "Lev de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", ("ASES"), a fin de que los participantes de sesenta (60) años de la "ASES" sean excluidos de requerir referidos del médico primario para poder acceder a los servicios de médicos especialistas o subespecialistas. Está referida a la Comisión de Salud del Senado.

Proyecto del Senado 982. (PC 1140). Presentado por la senadora María de Lourdes Santiago. Enmienda la Ley Orgánica del Departamento de Salud, la Ley de la Administración de Seguros de Salud, la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, y la Ley de Facilidades de Salud. Reforma elementos esenciales del sistema de salud de Puerto Rico para extender protecciones y derechos adicionales a las personas con diversidad funcional, en su interacción con las proveedoras de servicios de salud, organizaciones de seguros de salud, y con las agencias gubernamentales que reglamentan o canalizan dichos servicios. Dispone que ningún proveedor podrá discriminar por razón de su condición, contra personas con diversidad funcional beneficiarias de un plan médico. Se crea el Registro Centralizado de Pacientes con Diversidad Funcional en el Departamento de Salud, a donde han de reportar datos toda persona o proveedor de servicio directo al paciente, organización de seguro de salud o agencia del gobierno que ofrezca servicios a personas con diversidad funcional. Ordena que la Administración de Seguros de Salud (ASES), cree la Cubierta Especial para Personas con Diversidad Funcional Crónica, con carácter mandatorio; para los planes médicos privados, establece los requisitos de cubierta sin limitaciones de edad, para aquellos pacientes diagnosticados con diversidad funcional crónica durante la edad pediátrica, y para pacientes diagnosticados con enfermedades, síndromes, trastornos y condiciones crónicas durante la edad pediátrica, bajo el concepto de cuidado médico de adolescentes y adultos jóvenes con Necesidades Especiales I (Adolescent and Young Adult Healthcare (AYA)), que permita extender el cuidado médico durante la vida adulta con un modelo de servicios multidisciplinarios. similar al de la clínica pediátrica, de acuerdo con la necesidad específica del paciente. Se encuentra ante la Comisión de Salud del Senado.

Proyecto del Senado 984. Presentado por el senador Juan Zaragoza. Enmienda la Ley de la Administración de Seguros de Salud. Dispone que el Gobierno de Puerto Rico no mantendrá relaciones de negocio con organizaciones de seguros de salud, aseguradoras, terceros administradores u otros planes médicos que incurran en la práctica de cerrar su red de servicios, en detrimento del sistema de salud del gobierno, y provocando que médicos y otros proveedores de servicios salud pierden clientela y se vean forzados a emigrar a otras jurisdicciones de los EEUU. Ordena que la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal (AAFAF) defienda y justifique la puesta en vigor de esta Ley, cumpliendo con los requerimientos de información y certificación requeridos por la Sección 204 de la Ley PROMESA para ello.

Actualmente está ante la Comisión de Salud, Comisión de Hacienda, Asuntos Federales y Junta de Supervisión Fiscal y Comisión de Desarrollo Económico, Servicios Esenciales y Asuntos del Consumidor del Senado.

Puerto Rico Health Insurance Conference 2023 30 de marzo de 2023 Legislación al Día: 2020 - 2023 Página 14

Proyecto del Senado 1008. Presentado por varios senadores de diferentes partidos. Enmienda el Código de Seguros de Salud. Dispone que toda organización de seguros de salud o asegurador de beneficios de medicamentos de receta, manejador o administrador de beneficios de farmacia, o tercero contratado para la administración o manejo de los beneficios de farmacia, ha de incluir en el cálculo o en el requisito de la contribución o del costo compartido, cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia, plan de descuentos, cupones o aportación ofiecida al asegurado por el manufacturero del medicamento, considerando esta contribución para todos los fines, como un beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación. Dispone que el cumplimiento de estas disposiciones será parte de las auditorías anuales que lleve a cabo la Oficina del Comisionado de Seguros. La medida recibió un informe positivo ante la Cómisión de Salud de la Cámara de Representantes y pasó a la Comisión de Calendarios de la Cámara.

Proyecto del Senado 1010. Presentado por la senadora Morán Trinidad. Enmienda el Código de Seguros. Reduce de 30 a 15 días naturales los términos establecidos para el pago de reclamaciones, reclamaciones procesables para pago y de reclamaciones no procesables para pago, de los proveedores de servicios de salud. Aumenta el interés que devengará toda reclamación procesable que no sea pagada dentro del término que se dispone en el Código. Se refirió para la consideración de la Comisión de Desarrollo Económico, Servicios Esenciales y Asuntos del Consumidor del Senado.

Proyecto del Senado 1011. Presentado por la senadora Morán Trinidad. Enmienda el Código de Seguros de Salud. Reduce los periodos de espera que deben transcurrir para que un asegurado o patrono de PYMES o miembros de asociaciones bona fide tengan acceso a ciertos beneficios de cubierta de un plan médico, disponiendo que el periodo de espera para servicios preventivos no excederá de 30 días, y para servicios de sala de emergencia no excederá de 15 días. Dispone que el Comisionado de Seguros promulgue o enmiende la reglamentación que entienda necesaria para hacer efectivas estas disposiciones de Ley. Se encuentra ante la Comisión de Desarrollo Económico, Servicios Esenciales y Asuntos del Consumidor del Senado.

Proyecto del Senado 1030 (any willing provider). Presentado por varios miembros del PPD. Enmienda el Código de Seguros. Dispone que ninguna organización de salud, aseguradora de planes médicos o terceros administradores podrán denegar la solicitud para convertirse en proveedor de servicios de salud que reciban de parte de un médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, sala de emergencia o de servicios pre hospitalarios o de proveedor de equipo médico, cuando éstos cumplan con los requisitos requeridos y necesarios para ejercer su profesión, y están debidamente licenciados para proveer servicios de cuidado de la salud en Puerto Rico. Se encuentra ante la Comisión de Desarrollo Económico, Servicios Esenciales y Asuntos del Consumidor del Senado.

Proyecto del Senado 1034. Presentado por los senadores Dalmau Santiago, Hau Irizarry, Ruiz Nieves, Soto Rivera y Torres Berríos. Crea la Ley Reguladora de los Administradores de Beneficios y Servicios de Farmacia. Crea la Oficina del Comisionado Regulador de los Administradores de Beneficios y Servicios de Farmacia, adscrita al Departamento de Salud. Establece las funciones, poderes y facultades de la Oficina, que ha de supervisar y fiscalizar a los Manejadores de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Manager o PBM, por sus siglas en inglés), a los Administradores de Servicios de Farmacias (Pharmacy Benefit Administrators o PBA, por sus siglas en inglés), y a cualquier entidad similar que contrate servicios con las farmacias en Puerto Rico. Dispone que los PBMs, PBAs y entidades afines cumplirán con el pago de reclamaciones, según lo dispuesto en la Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud. Dispone que la Oficina del Procurador del Paciente tendrá la jurisdicción para atender querellas relacionadas con los Manejadores de Beneficios de Farmacia, Administradores de Servicios de Farmacias y cualquier entidad similar que contrate servicios con farmacias. Se encuentra ante la Comisión de Desarrollo Económico, Servicios Esenciales y Asuntos del Consumidor del Senado.

Proyecto del Senado 1039. Presentado por los senadores Dalmau Santiago, Hau Irizarry, Ruiz Nieves, Soto Rivera y Torres Berríos. Enmienda el Código de Seguros de Salud. Dispone que ningún asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales podrá establecer redes preferidas de proveedores de manera arbitraria, caprichosa e irrazonable, con el propósito de excluir sin justa causa a proveedores debidamente autorizados, cualificados y licenciados en Puerto Rico para la prestación de servicios. Se encuentra ante la Comisión de Desarrollo Económico, Servicios Esenciales y Asuntos del Consumidor del Senado.

Proyecto de la Cámara 1045. Presentado por el representante Márquez Reyes. Enmienda la Ley de la Administración de Seguros de Salud. Requiere que los planes de salud incluyan en sus cubiertas, el suministro de glucagón en forma de aerosol nasal y su reemplazo para los pacientes de Diabetes Mellitus Tipo 1. Se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 1085. Presentado por el represenante Johnny Méndez. Enmienda el Código de Seguros de Salud para establecer los requisitos para que los planes médicos individuales se puedan renovar de manera indefinida. Fue aprobado en la Cámara de Representantes y pasó al Senado.

Proyecto de la Cámara 1186. Presentado por el representante Franki Atiles. Crea la Ley de Regulación del Costo de la Insulina. Impone un límite de \$50 al copago correspondiente al costo del suplido de insulina para 30 días, a todas las aseguradoras de planes médicos, sin excepción del tipo de insulina, y de conformidad con la prescripción médica del paciente. Se encuentra ante la Comisión de Salud y la Comisión de Derechos del Consumidor, Servicios Bancarios e Industria de Seguros de la Cámara de Representantes.

Proyecto del Senado 1239. Presentado por los senadores Méndez Núñez y Ortiz González. Enmienda el Código de Seguros de Salud. Dispone que los planes médicos individuales que actualmente están cobijados bajo la política de transición promulgada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU podrán ser renovados indefinidamente. Se encuentra ante la Comisión de Salud y la Comisión de Derechos del Consumidor, Servicios Bancarios e Industria de Seguros.

Proyecto de la Cámara 1253. Presentado por el representante Johnny Méndez y miembros del PNP. Para enmendar el Artículo IV, Sección 2 de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico" y añadir a ésta los nuevos subincisos (t), (u) y (v) a los fines de establecer nuevas funciones a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para promover y asegurar el acceso de los pacientes a los proveedores de servicios de salud; para facultar a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico a establecer reglamentación para cumplir con los propósitos de esta ley; y para otros fines relacionados. Fue aprobado en la Cámara de Representantes y pasó al Senado.

Proyecto de la Cámara 1459. (Contraparte: PS 994). Presentado por miembros del PNP. Enmienda la Ley de ASES y el Código de Seguros de Salud, a los fínes de que la credencialización de proveedores que brindan servicios bajo el Plan Vital, y planes médicos privados, sea más eficiente, costo-efectiva y menos repetitiva. Esto, mediante la implementación del uso de un formulario de solicitud único y uniforme para la recopilación de datos necesarios en el proceso de verificación de credenciales. Fue aprobado en la Cámara de Representantes y pasó al Senado.

Proyecto de la Cámara 1555. Presentado por el representante Román López. Dispone que todos los aseguradores de planes médicos y organizaciones de servicios de salud tendrán que incluir como parte de sus cubiertas, los servicios ofrecidos por los doctores en Medicina Naturopática debidamente licenciados, conforme lo establece la Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Medicina Naturopática en Puerto Rico. Se encuentra ante la Comisión de Salud y la Comisión de Derechos del Consumidor, Servicios Bancarios e Industria de Seguros de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 1611. Presentado por los representantes Dennis Márquez, Mariana Nogales y Sol Higgins. Enmienda la Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, el Código de Seguros y el Código de Seguros de Salud. Ordena que se expidan licencias provisionales para el ejercicio de la medicina en Puerto Rico en un término de 10 días desde que cumplan con los requisitos fijados por ley. Ordena que las organizaciones de seguros de salud reconozcan dichas licencias provisionales en el proceso de evaluar la solicitud del médico que solicite convertirse en proveedor de servicios de salud, y dispone que el término para dicho proceso de evaluación de solicitudes de proveedor no será mayor de 30 días. Elimina la facultad de las organizaciones de seguros de salud para rechazar a un proveedor que cumpla con las normas de credenciales e impone criterios adicionales para la selección de proveedores que están debidamente acreditados y licenciados por el Estado para ofrecer servicios de salud. Ordena que el Sindicato de Aseguradores para la Suscripción Conjunta de Responsabilidad Médico Hospitalaria (SIMED) reconozca las licencias provisionales para efectos de la evaluación de las solicitudes de seguros de responsabilidad médico-hospitalaria, con el propósito de eliminar trabas administrativas y burocráticas que dificulten que nuevos médicos debidamente autorizados puedan ejercer su profesión y ser proveedores de salud en Puerto Rico. Se encuentra ante la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Proyecto de la Cámara 1641. Presentado por los representantes Sol Higgins, Tatito Hernández, Johnny Méndez y Hernández Concepción. Enmienda el Código de Seguros. Dispone que los proveedores de servicios de salud que se agrupen por especialidad o subespecialidad, tendrán el derecho a negociar colectivamente a través de su representante, las disposiciones relacionadas con tarifas, términos y condiciones de sus contratos con los aseguradores de salud u organizaciones de servicios de salud. Dispone que los grupos o corporaciones autorizadas a negociar colectivamente no podrán exceder el 40% de los proveedores para una especialidad o subespecialidad de servicio de salud que ejerzan la práctica en Puerto Rico. Dispone que Puerto Rico se considerará como una sola área geográfica, para efectos de la negociación colectiva autorizada entre proveedores de servicios de salud y las aseguradoras u organizaciones de servicios de salud. Se elimina la Regla 91 de la Oficina del Comisionado de Seguros, Normas para regular el proceso de negociación colectiva entre organizaciones de salud o administradores de terceros con los proveedores o representantes de proveedores, y que crea el Panel Revisor y la Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros. Se encuentra ante la consideración de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.