LEY 142 -20 20

GOBIERNO DE PUERTO RICO
SENADO DE PUERTO RICO
EL CAPITOLIO
SAN JUAN, PUERTO RICO 00901

Yo, **Manuel A. Torres Nieves**, Secretario del Senado de Puerto Rico,

CERTIFICO:

Que el **P. del S. 1658,** titulado:

"LEY

Para enmendar el Artículo 2.030, el Artículo 2.040 del Capítulo 2 y el Artículo 4.070 del Capítulo 4 de la Ley 194-2011, según emendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico"; y enmendar el Artículo 5.02 de la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico" a los fines de prohibir que el criterio del médico sea alterado por la aseguradora, requerirle a las aseguradoras una cubierta inmediata temporera para que el paciente no se quede desprovisto de sus medicamentos hasta que se resuelva su reclamación, requerir una orientación completa a los pacientes o asegurados cuyos medicamentos recetados son denegados para despacho; y para otros fines relacionados."

ha sido aprobado por el Senado de Puerto Rico y la Cámara de Representantes en la forma que expresa el ejemplar que se acompaña.

PARA QUE ASI CONSTE, y para notificar al Gobernador de Puerto Rico, expido la presente en mi oficina en el Capitolio, San Juan, Puerto Rico, el día once (11) del mes de agosto del año dos mil veinte y estampo en ella el sello del Senado de Puerto Rico.

Manuel A. Torres Nieves
Secretario del Senado

(P. del S. 1658)

LEY

Para enmendar el Artículo 2.030, el Artículo 2.040 del Capítulo 2 y el Artículo 4.070 del Capítulo 4 de la Ley 194-2011, según emendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico"; y enmendar el Artículo 5.02 de la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico" a los fines de prohibir que el criterio del médico sea alterado por la aseguradora, requerirle a las aseguradoras una cubierta inmediata temporera para que el paciente no se quede desprovisto de sus medicamentos hasta que se resuelva su reclamación, requerir una orientación completa a los pacientes o asegurados cuyos medicamentos recetados son denegados para despacho; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Gobierno de Puerto Rico tiene la responsabilidad de procurar un sistema de salud robusto, el cual atienda las necesidades de nuestro pueblo de una manera ágil y eficiente. Es nuestro compromiso salvaguardar el bienestar y los derechos del paciente reforzando y facilitando el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, constituye política pública de esta Administración retener a nuestros profesionales de la salud para que nuestra gente reciba los mejores servicios y de igual forma implementar políticas de justicia social para los más desventajados.

La Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico" incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud, tales como la regulación de planes médicos grupales e individuales, las organizaciones de servicios de salud, los sistemas de prestación de servicios, la prohibición de prácticas desleales, los procedimientos de querellas de las organizaciones de seguros de salud o aseguradoras, la suficiencia de las redes de proveedores, y los planes médicos para personas no asegurables, entre otros asuntos. Específicamente, esta Ley regula el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradoras y establece las normas que deben seguir para atender las reclamaciones o querellas de los pacientes ante una denegatoria de cubierta de un medicamento. La antedicha Ley interactúa con la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico" en cuanto al proceso de dispensación de medicamentos en las farmacias.

A los fines de satisfacer las necesidades actuales tanto de los pacientes o beneficiarios a quienes se les deniegan medicamentos, como de los profesionales de la salud que expiden las recetas y brindan los demás servicios de salud reconocidos por la comunidad médica a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza, es necesario enmendar la legislación antes expuesta. En la actualidad, las aseguradoras no proveen cubierta para permitir el despacho de medicamentos hasta que el paciente cumpla los requisitos del procedimiento para solicitarle la aprobación de excepciones médicas. Esto se traduce a que el paciente en ocasiones no reciba, ni el medicamento de receta, ni una orientación completa o información responsable sobre los motivos por los cuales se les deniega el despacho de sus medicamentos cuando el medicamento requiere aprobación de excepción médica. Esta situación retrasa el tratamiento del paciente, lo cual, en muchos casos, provoca que se exacerbe su enfermedad o condición, al punto de requerir una visita a sala de emergencias u hospitalización.

Por otro lado, la Ley 194-2011, *supra*, establece unos criterios de revisión clínica que condicionan el proceso de revisión requerido para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios provistos por los profesionales de la salud, incluyendo la prescripción de medicamentos. Las aseguradoras, en la mayoría de las ocasiones, utilizan lo relacionado al cumplimiento de estos criterios por parte del profesional de la salud en el proceso de diagnóstico y tratamiento como subterfugio para detener el pago por servicios ya prestados. A tales fines, esta legislación aclara que en ninguna circunstancia la discreción médica al recetar un medicamento o proveer un servicio de salud reconocido por las normas generalmente aceptadas por la comunidad médica, puede ser alterada por los criterios de revisión clínica utilizados por la organización de seguros de salud o aseguradora.

Con el propósito de que no se causen daños al paciente por no recibir sus medicamentos de receta en la farmacia debido a trabas en el proceso de reclamación establecido por la aseguradora, y reforzar el ciclo de ingreso de los profesionales de la salud, es que promulgamos esta Ley. De esta forma se garantiza al paciente el acceso oportuno a los servicios de salud, además de beneficiar y detener el éxodo de nuestros profesionales de la salud.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se enmienda el Artículo 2.030 del Capítulo 2 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 2.030-Definiciones.

...

A. ...

E. "Criterios de revisión clínica" significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud. Estas guías de práctica no son obligatorias para el Profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones cuando provea algún servicio de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza. El diagnóstico profesional será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. Por lo tanto, el criterio profesional no podrá ser alterado por la aseguradora. No obstante lo anterior, las disposiciones de este inciso deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

F. ..."

Sección 2.- Se enmienda el Artículo 2.040 del Capítulo 2 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que lea como sigue:

Las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico serán de aplicación a los planes médicos y a las entidades reguladas por este Código, en todo aquello que no sea incompatible con las disposiciones de éste.

Nada de lo dispuesto en este Código se entenderá como una enmienda o derogación a las leyes, reglamentos o procedimientos que administran, de conformidad con sus leyes habilitadoras, la Oficina del Procurador del Paciente o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

Los aseguradores que contraten con la ASES para ofrecer, mercadear o administrar el Plan de Salud del Gobierno (PSG) cumplirán con los requisitos y disposiciones de este Código, además, cumplirán con los requisitos y las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales establecidas por ASES, con excepción de los asuntos relativos a la autorización o licencia requerida para hacer negocios de seguros en Puerto Rico, aquellos pertinentes al cumplimiento y fiscalización con este Código, y aquellos pertinentes a la solvencia económica, para los cuales será de aplicación el Código de Seguros de Puerto Rico y este Código.

Sección 3.- Se enmienda el Artículo 4.070 del Capítulo 4 de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 4.070.- Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas.

A. ...

B. La organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, el PBM o cualquier otra entidad a la que se le haya delegado la administración de servicios de farmacia, tendrá la obligación de ofrecer cubierta inmediata temporera para una receta inicial del medicamento recetado durante el proceso de solicitud de excepciones médicas y hasta que notifique por escrito su determinación final, cuando el médico o profesional de la salud que expidió la receta haga constar por escrito que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición de la persona cubierta o asegurado; aun cuando dicho medicamento de receta sea de los cuales se excluya del formulario de medicamentos del plan médico de la persona cubierta o asegurado o esté sujeto a un procedimiento de manejo de medicamentos de receta que se establecen en este Artículo. La organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, el PBM o cualquier otra entidad a la que se le haya delegado la administración de los servicios de farmacia, deberá pagar a la farmacia la receta inicial del medicamento despachado, en lo que la aseguradora adjudica la cubierta del medicamento recetado. La farmacia podrá presentar una factura electrónica a la aseguradora para el pago de la receta inicial de medicamentos despachadas y la aseguradora tendrá la obligación de aceptar la facturación electrónica y no podrá requerir una factura física o de papel como condición para el pago. De manera que, en ninguna circunstancia, la persona cubierta o asegurado, se quedará desprovista de su medicamento de receta mientras está en un proceso de solicitud de excepciones médicas conforme lo establece este Artículo, o la presentación de una querella a tenor con el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código. Esta norma para una cubierta temporera de las recetas iniciales de medicamentos recetados no afectará las regulaciones existentes sobre medicamentos en transición. No obstante lo anterior, las disposiciones de este inciso deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

Toda organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, manejador o administrador de beneficios de farmacia o cualquier entidad a la que se le haya delegado la administración o manejo de los servicios o beneficios de farmacia, incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido ("cost sharing, out-of-pocket maximun"), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, co-aseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos

y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. Se prohíbe el uso del acumulador de beneficios, maximizador o cualquier otro programa similar que tenga el efecto de implementar una restricción a la responsabilidad establecida en este inciso.

C.

(1) La persona ...

D.

(1) Al recibo ...

E.

(1) El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone en este Artículo requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador que provea beneficios de medicamentos de receta, el PBM o cualquier otra entidad a la que se le haya delegado la administración de los servicios de farmacia, tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación a la persona cubierta o asegurado, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso la notificación podrá excederse de cuarenta y ocho (48) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que la organización de seguros de salud o asegurador solicite la misma conforme al apartado B(2), cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados este término no deberá exceder de las veinticuatro (24) horas.

(2) ...

F.

(1) Si se...

G.

(1) Toda...

H. No se...

I. No se ...

J. No se..."

Sección 4.- Se enmienda el Artículo 5.02 de la Ley 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico", para que lea como sigue:

"Artículo 5.02.- Dispensación de medicamentos de receta.

(a) ...

(o) Las farmacias tendrán la obligación de proveerle a los pacientes la información completa y precisa sobre las razones para la denegación del despacho de cualquier medicamento o medicina de receta.

(p) El Secretario dispondrá por reglamento las normas, requisitos y procedimientos necesarios para implementar lo dispuesto en este Artículo en un término de sesenta días desde la aprobación de la Ley."

Sección 5.- Se ordena a la Administración de Seguros de Salud (ASES) que, mediante reglamento, adopte las enmiendas contenidas en esta Ley, para que apliquen de igual manera para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. El cumplimiento con los dispuesto en esta Ley estará sujeto a las mismas sanciones dispuestas por incumplimiento con las normas establecidas en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico."

Sección 6. - Separabilidad.

Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de la misma que así hubiere sido anulada o declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia de cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley fuera invalidada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a aquellas personas o circunstancias en las que se pueda aplicar válidamente. Es la voluntad expresa e inequívoca de esta Asamblea Legislativa que los tribunales hagan cumplir las disposiciones y la aplicación de esta Ley, aunque se deje sin efecto, anule, invalide, perjudique o declare inconstitucional alguna de sus partes, o aunque se deje sin efecto, invalide o declare inconstitucional su aplicación a alguna persona o circunstancia.

Sección 7.- Supremacía.

Las disposiciones de esta Ley prevalecerán sobre cualquier otra disposición general o específica de cualquier otra ley o reglamento del Gobierno de Puerto Rico que sea inconsistente con esta Ley.

Sección 8: Aplicación prospectiva

Las disposiciones de esta Ley serán de aplicación prospectiva y no menoscabarán ninguna obligación contractual contraída con anterioridad a la presente Ley.

Sección 9. –Vigencia.

Esta Ley comenzará a regir sesenta (60) días después de su aprobación.

Presidente del Senado

Presidente de la Cámara

Aprobada en 10/9/20

Gobernadora

Aprobada en _____

_____

Gobernadora

Este P. de 5 Núm. 1658
Fue recibida por la Gobernadora
Hoy 10 de Septiembre
De 2020 A las 2:51 P.M.

Asesor