

## GOBIERNO DE PUERTO RICO

19na. Asamblea  
Legislativa

4ta. Sesión  
Ordinaria

**CÁMARA DE REPRESENTANTES****P. de la C. 1459**

1 DE SEPTIEMBRE DE 2022

Presentado por los señores y señoras *Méndez Núñez, Rodríguez Aguiló, González Mercado, Aponte Hernández, Ramos Rivera, Meléndez Ortiz, Torres Zamora, Charbonier China, Morales Rodríguez, Morey Noble, Navarro Suárez, Parés Otero, Pérez Cordero, Pérez Ortiz, Lebrón Rodríguez, Morales Díaz, Franqui Atilés, Román López, Peña Ramírez, Bulerín Ramos y Del Valle Correa*

Referido a la Comisión de Salud

**LEY**

Para añadir una nueva Sección 7 al Artículo VI y reenumerar las actuales Secciones 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 como Secciones 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 de la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico"; enmendar el Artículo 18.040, añadir nuevos Artículos 18.051, 18.052, 18.053 a la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico"; a los fines de que la credencialización de proveedores que brindan servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, y planes médicos privados sea más eficiente, costo-efectiva y menos repetitiva, 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 ; y para otros fines relacionados.

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

Por los pasados años Puerto Rico ha sufrido un éxodo masivo de nuestros médicos y otros profesionales de la salud. El éxodo de la clase médica ha resultado en una crisis de salud pública que dificulta el acceso que tienen nuestros pacientes a los servicios básicos y especializados de salud que tanto necesitan. Ciertamente, este problema incide mayormente sobre el sector económicamente más vulnerable de nuestra población que depende los beneficios del Plan de Salud del Gobierno, Plan

Vital, el cual cubre a casi la mitad de la población (1.6 millones de personas). Para atender esta crisis, es necesario tomar acciones que mitiguen las razones por las cuales los profesionales de la salud deciden buscar oportunidades de trabajo fuera de la Isla.

Una frustración recurrente manifestada para los médicos y proveedores que ofrecen servicios de salud son las muchas trabas existentes para conseguir contratos con las aseguradoras. Una de las razones principales está en la carga administrativa de enviar una abarcadora información a múltiples planes médicos en el proceso de verificación de sus credenciales (“credencialización”) que se prolonga por largos meses, y mientras tanto permanecen sin poder generar ingresos de los planes médicos.

La reglamentación federal aplicable al Programa Medicaid requiere que todos los proveedores que brindan servicios a los beneficiarios del Plan de Salud de Gobierno sean evaluados e inscritos con el Programa Medicaid. La solicitud de inscripción actual se completa en línea a través del Portal de Inscripción de Proveedores de Medicaid (“Provider Enrollment Portal” (PEP), por sus siglas en inglés). El proceso de inscripción en el PEP incluye la verificación de información que confirme que los proveedores cumplen con los establecidos por ley y reglamento para rendir servicios al Programa Medicaid.

Sin embargo, la manera en que está estructurado el sistema actualmente hace necesario que, una vez un proveedor se inscribe a través del PEP, aún debe pasar por procesos separados de verificación de credenciales con cada uno de los planes médicos con los que desea contratar para la provisión de servicios a los beneficiarios de Medicaid. En estos procesos separados con el asegurador, los proveedores deben enviar información adicional a la requerida para inscribirse en el PEP. Esta información adicional es necesaria porque el proceso actual de inscripción en el PEP no examina la totalidad de la documentación requerida reglamentariamente y porque tampoco cumple con los estándares exigidos por el asegurador para mantener sus acreditaciones con organizaciones de acreditación reconocidas a nivel nacional.

Los procesos de verificación de credenciales que llevan a cabo los aseguradores con el que los médicos y otros profesionales de la salud desean contratar, tienen su inicio a partir de que el proveedor envía una solicitud al asegurador. Con la presentación de una solicitud el proveedor se somete a un proceso de credencialización en el que el asegurador verifica la educación, experiencia y competencia de este. Luego de evaluar la solicitud del proveedor, el asegurador decide si este cumple con las calificaciones establecidas internamente para contratar a los proveedores que brindarán servicios a los clientes del asegurador. Después de culminada la evaluación de la solicitud del proveedor y esta determinarse satisfactoria, el asegurador entonces abre paso a la contratación con el proveedor que le permite a este facturar y recibir pagos como proveedor de servicios dentro de la red del asegurador.

Según el proceso actual, los proveedores de servicios de salud al buscar contrato deben enviar información para ser credencializados o re-credencializados a cada asegurador individualmente. Este proceso a menudo tiene como resultado la presentación, en diferentes plazos de tiempo, de varias solicitudes y documentos, distintas entre sí, lo que hace de este proceso uno administrativamente oneroso para los proveedores por falta de uniformidad en proceso.

El sistema actual de exigir a los profesionales de la salud que completen y presenten múltiples solicitudes y formularios de credencialización ante cada asegurador con el que interesa contratar es repetitivo, burocrático e ineficiente. A fin de cuentas, los procesos separados de credencialización realizados por los planes médicos crean redundancias y a la larga afecta el acceso de los pacientes a los médicos y otros proveedores de servicios de salud.

Esta Administración posee el firme compromiso de crear las condiciones para mantener a nuestros médicos y demás proveedores de salud en la Isla y reconoce que minimizar la carga administrativa de los proveedores en el proceso de credencialización asiste en este cometido. A tales efectos, hemos desarrollado estrategias puntuales de política pública dirigidas a atajar el éxodo de médicos y lograr que los servicios que rinden en la Isla estén mejor remunerados. Nuestra Administración ha procurado reducir la burocracia y barreras adicionales para mejorar las condiciones de nuestros proveedores de salud. Una de estas iniciativas ha sido la fiscalización por parte de la ASES a los MCO de Plan Vital para procurar que los honorarios por servicios de nuestros proveedores estén siendo pagados. Esto incluye el incentivo de calidad que debe pagarse a los médicos y a otros grupos de proveedores que ASES ya ha pagado a las aseguradoras desde el 2018.

De igual forma, de cara al proceso competitivo que se llevará a cabo para el próximo contrato de Plan Vital, estamos promoviendo la simplificación de los procesos y el aumento de tarifas a los médicos, de manera que redunde en mejores servicios para nuestra ciudadanía y mejores condiciones para estos profesionales, para así atajar su éxodo. Facilitar el proceso de contratación es otro de los compromisos programáticos del Plan de Gobierno de nuestra Administración alineada a implementar medidas para incentivar y retener nuestro talento médico y profesionales de la salud a todos los niveles en Puerto Rico.

Deseamos facilitar, simplificar y evitar redundancias entre los aseguradores y eliminar la necesidad de que un médico y profesionales de la salud sea credencializado o re-credencializado varias veces por diferentes planes médicos. De manera que el propósito de esta Ley es hacer que la credencialización de proveedores que brindan servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, y planes médicos privados sea más eficiente, costo-efectiva y menos repetitiva, 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 sus credenciales.

Mediante esta Ley se le ordena al Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico a desarrollar formularios estandarizados para la credencialización y re-credencialización de los proveedores que ofrecen servicios a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno, Plan Vital, y planes médicos privados, con el objetivo de reducir la necesidad de que los profesionales de la salud completen múltiples formularios que cumplen el mismo propósito. Los formularios de solicitud estandarizados permitirán a los proveedores enviar información una sola vez para fines de lograr ser credencializados o re-credencializados. Ningún asegurador u organización de seguros de salud o su intermediario podrá requerir que un profesional o institución de servicios de salud presente información adicional o distinta a la que sea requerida en el Formulario Uniforme de Solicitud adoptado por el Secretario de Salud. Además, esta Ley enmienda el Código de Seguros de Salud para especificar que una verificación de las credenciales de un proveedor bajo el Programa Medicaid, Medicare o Medicare Advantage exitosamente completada por un asegurador, será aceptada para propósitos de cumplir con los requisitos de credencialización de seguros de salud en el sector privado.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1           Sección 1.-Se añade una nueva Sección 7 al Artículo VI de la Ley 72-1993, según  
2 enmendada, para que se lea como sigue:

3           *“Sección 7. – Proceso Centralizado de Verificación de Credenciales de Proveedores de*  
4           *Servicios de Salud*

5           (a) *El Secretario del Departamento de Salud, desarrollará una plataforma digital que*  
6           *permita implementar un sistema electrónico centralizado de verificación de*  
7           *credenciales de los profesionales e instituciones de la salud que interesen contratar con*  
8           *alguna organización de manejo de cuidado (MCO, por sus siglas en inglés) para*  
9           *convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno. El*  
10           *sistema electrónico centralizado de verificación de credenciales facilitará la*  
11           *presentación electrónica del formulario de solicitud y recopilará en un solo lugar la*  
12           *información y los documentos sobre las credenciales de los profesionales e instituciones*  
13           *de la salud, para agilizar y reducir la carga administrativa a los profesionales e*

1 *instituciones de la salud en el proceso de verificación de las credenciales previo a*  
2 *contratar con alguna organización de manejo de cuidado.*

3 *(b) Con el fin de establecer uniformidad en la información y documentos requeridos para*  
4 *verificar las credenciales de los profesionales e instituciones de salud solicitantes del*  
5 *Plan de Salud del Gobierno, el Secretario del Departamento de Salud adoptará un*  
6 *Formulario de Solicitud Uniforme, en formato electrónico, que será utilizado en los*  
7 *procesos de credencialización y re-credencialización de las organizaciones de manejo de*  
8 *cuidado (MCO, por sus siglas en inglés), conforme los parámetros promulgados por o*  
9 *el Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, por sus siglas en inglés) para el*  
10 *Programa Medicaid.*

11 *(c) El uso del Formulario de Solicitud Uniforme será mandatorio en los procesos de*  
12 *credencialización y re-credencialización de los profesionales e instituciones de la salud*  
13 *que interesen proveer servicios de salud bajo el Plan de Salud del Gobierno. Mediante*  
14 *esta acción se busca reducir la necesidad de los profesionales e instituciones de la salud*  
15 *proporcionar información redundante en los procesos de credencialización y re-*  
16 *credencialización.*

17 *(d) El Secretario del Departamento de Salud creará un comité central revisor de las*  
18 *credenciales integrado por al menos cinco (5) miembros de la práctica de la medicina y*  
19 *otras profesiones de la salud, quienes se encargarán de la verificación de la información*  
20 *y documentación que avale las credenciales de los profesionales e instituciones de la*  
21 *salud solicitantes de contrato con las organizaciones de manejo de cuidado (MCO, por*  
22 *sus siglas en inglés) del Plan de Salud del Gobierno. El comité revisor designado por el*

1            *Secretario deberá completar el proceso de verificación de credenciales o re-*  
2            *credencialización del profesional o institución de la salud solicitante, dentro de treinta*  
3            *(30) días a partir de la fecha de haber recibido, debidamente completado en todas sus*  
4            *partes con la información y documentos requeridos en el Formulario de Solicitud*  
5            *Uniforme.*

6            *(e) Para fines de esta Sección, los términos que aparecen a continuación tendrán el*  
7            *siguiente significado:*

8            *(1) "Credencialización" - el proceso de obtención y verificación de información sobre*  
9            *las credenciales de profesionales de la salud cuando dicho profesional solicite*  
10           *convertirse en proveedor de servicios de salud bajo contrato de una organización de*  
11           *manejo de cuidado (MCO, por sus siglas en inglés) del Plan de Salud del Gobierno; y*

12           *(2) "Proveedor"- cualquier persona o institución profesional de la salud con licencia o*  
13           *autorización para ejercer la práctica de su profesión en Puerto Rico.*

14           *(3) "Verificación de credenciales"- es el proceso de obtener y verificar la información*  
15           *acerca de un profesional o institución de la salud para su evaluación cuando este*  
16           *solicite convertirse en proveedor participante de una organización de manejo de*  
17           *cuidado (MCO, por sus siglas en inglés) del Plan de Salud del Gobierno."*

18           *Sección 2.-Se reenumeran las actuales Secciones 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17*  
19           *y 18 del Artículo VI de la Ley 72-1993, según enmendada, como Secciones 8, 9, 10, 11,*  
20           *12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.*

21           *Sección 3.-Se enmienda el Artículo 18.040 de la Ley 194-2011, según enmendada,*  
22           *para que se lea como sigue:*

1 “Artículo 18.040.- Aplicabilidad y Alcance

2 Este Capítulo será aplicable a *todas* las organizaciones de seguros de salud o  
3 aseguradores que ofrecen planes *médicos* **[de cuidado coordinado]**.”

4 Sección 4.-Se añade un nuevo Artículo 18.051 a la Ley 194-2011, según  
5 enmendada, para que se lea como sigue:

6 “Artículo 18.051.- *Formulario de Solicitud Uniforme*

7 (a) *El Comisionado requerirá en los procesos de credencialización y re-*  
8 *credencialización de los aseguradores u organizaciones de seguros de salud el uso de un*  
9 *Formulario de Solicitud Uniforme, siguiendo los parámetros promulgados por el*  
10 *Departamento de Salud o el Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, por*  
11 *sus siglas en inglés).*

12 (b) *El uso del Formulario de Solicitud Uniforme determinado por el Comisionado será*  
13 *mandatorio para los procesos de verificación de credenciales y re-credencialización de*  
14 *los profesionales e instituciones de servicios de salud que soliciten convertirse en*  
15 *proveedor de servicios de salud bajo contrato de cualquier asegurador u organización de*  
16 *seguros de salud de planes médicos.*

17 (c) *Ningún asegurador u organización de seguros de salud o su intermediario podrá*  
18 *requerir que un profesional o institución de servicios de salud solicitante presente*  
19 *información adicional o distinta a la que sea requerida por el Formulario Uniforme de*  
20 *Solicitud establecido conforme este Artículo”.*

21 Sección 5.-Se añade un nuevo Artículo 18.052 a la Ley 194-2011, según  
22 enmendada, para que se lea como sigue:

1 *“Artículo 18.052 .- Término para la Verificación de las Credenciales*

2 *(a) Todo asegurador u organización de seguros de salud deberá completar el proceso de*  
3 *verificación de credenciales o re-credencialización del profesional o institución de la*  
4 *salud solicitante, dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de haber recibido*  
5 *debidamente completado en todas sus partes con la información y documentos*  
6 *requeridos en el Formulario de Solicitud Uniforme.*

7 *(b) Dentro de los primeros quince (15) días de la fecha de recibida la solicitud, el*  
8 *asegurador u organización de seguros de salud notificará al profesional o institución*  
9 *de la salud solicitante de cualquier defecto, en caso de que se considere que la*  
10 *solicitud no está presentada de manera correcta y completa. El profesional o*  
11 *institución de la salud tendrá derecho a suplementar o corregir la solicitud, o*  
12 *solicitar reconsideración para controvertir alguna objeción.*

13 *(c) Transcurrido el término de treinta (30) días a partir de la fecha de recibida la solicitud*  
14 *sin la solicitud haber sido objetada, se considerará aprobada la acreditación o re-*  
15 *creditación del profesional o institución de la salud solicitante.”*

16 Sección 6.-Se añade un nuevo Artículo 18.053 a la Ley 194-2011, según  
17 enmendada, para que se lea como sigue:

18 *“Artículo 18.053. – Convalidación de Credenciales*

19 *No será necesario que el profesional o entidad debidamente credencializado por el comité*  
20 *central revisor de credenciales del Departamento de Salud se someta nuevamente al*  
21 *proceso de credencialización o re-credencialización de un asegurador u organización de*



1           *seguros de salud que suscriba planes médicos en el sector privado, mientras permanezca*  
2           *dicha certificación de credenciales vigente.”*

3           Sección 7-El Departamento de Salud, la Administración de Seguros de Salud  
4 (ASES) y la Oficina del Comisionado de Seguros deberán promulgar o enmendar  
5 aquellas normativas que sean necesarias para lograr los objetivos de esta Ley.

6           Sección 8.-Separabilidad

7           Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo,  
8 disposición, sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley  
9 fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal  
10 efecto dictada no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto  
11 de dicha resolución, dictamen o sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo,  
12 subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición, sección, subsección, título,  
13 capítulo, subcapítulo, acápite o parte de la misma que así hubiere sido anulada o  
14 declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia de  
15 cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición,  
16 sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley fuera  
17 invalidada o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto  
18 dictada no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a aquellas  
19 personas o circunstancia en que se pueda aplicar válidamente. Es la voluntad expresa e  
20 inequívoca de esta Asamblea Legislativa que los tribunales hagan cumplir las  
21 disposiciones y la aplicación de esta Ley en la mayor medida posible, aunque se deje sin  
22 efecto, anule, invalide, perjudique o declare inconstitucional alguna de sus partes, o,

1 aunque se deje sin efecto, invalide, perjudique o declare inconstitucional su aplicación a  
2 alguna persona o circunstancia. Esta Asamblea Legislativa hubiera aprobado esta ley  
3 sin importar la determinación de separabilidad que el Tribunal pueda hacer.

4           Sección 9.-Vigencia

5           Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.