

## SENADO DE PUERTO RICO

25 de febrero de 2011

### Informe Positivo sobre el P. del C. 1208

#### AL SENADO DE PUERTO RICO:

La Comisión de Salud, previo estudio y consideración, recomienda a este Alto Cuerpo Legislativo la aprobación del Proyecto de la Cámara 1208 sin enmiendas en el entirillado electrónico que se acompaña.

#### ALCANCE DE LA MEDIDA

El Proyecto de la Cámara 1208, pretende enmendar el inciso (d) del Artículo 11 de la Ley Núm. 194 de 2000, según enmendada, conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”, a los fines de aclarar el alcance de la confidencialidad de la información relacionada con el paciente.

La Exposición de Motivos, refiere que por requerimiento del gobierno federal, los estados y los territorios beneficiarios de fondos bajo el Programa de Medicaid vienen obligados a auditar el pago de servicios y asegurar que no se están pagando servicios que corresponden ser pagado por otro plan de salud financiado por el gobierno. A esos fines es necesarios que los proveedores de servicios de salud intercambien información de los beneficiarios con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. La información obtenida por la Administración de Seguros de Salud, debe ser para que le permita determinar la validez del pago de servicios e identificar que dichos servicios no están cubiertos por otro plan médico.

La Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidad del Paciente”, reconoce el derecho de los pacientes, y que disponga que las normas sobre la confidencialidad de la información médica contenida en dicha Ley no deben interpretarse de manera que impidan el intercambio de información entre los proveedores de servicios de salud y la Administración de Servicios de Salud, “cuando la información provista sea pertinente para fines de auditoria y pago de servicios”.

La **Oficina de la Procuradora del Paciente**, respalda la medida y entienden que la Administración de Seguros de Salud (ASES) es la agencia gubernamental creada para administrar el Plan de Seguros de Salud del Gobierno para los pacientes médicos indigentes residentes en Puerto Rico. De igual manera es la Agencia responsable de pagar por los servicios de los pacientes médicos indigentes de Puerto Rico mediante el pago de prima.

Es esencial que la Administración de Seguros de Salud, como administrador y pagador por los servicios ofrecidos a los pacientes médicos indigentes, obtenga la información necesaria de parte de los proveedores o entidades aseguradoras. Para salvaguardar el derecho en cuanto a la Confidencialidad de información y Record Médicos (Artículos 11 de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente) este intercambio de información debe hacerse bajo parámetros claramente establecidos que no solo garanticen una estricta confidencialidad sino que su utilización sea para propósitos legítimos.

La enmienda presentada establece que la información solicitada sea para “finés de auditoria y pago de servicios”, funciones que reconocen como legítimas y de suma importancia. No obstante, entienden que la Administración de Seguros de Salud, en su función de administrador de servicios de salud del país, debe realizar estudios sobre la utilización de los servicios, análisis actuariales, para auscultar la viabilidad de nuevas tecnologías y tratamientos médicos costo-efectivos en la industria entre otros. La obtención de este tipo de información adicional a la información provista por la Oficina de Procuradora del Paciente mediante los patrones de querellas, ayudará a crear la radiografía actual del sistema de prestación de servicios de salud que sirva de base en la toma de decisiones administrativas a corto y largo plazo. Por supuesto, no pueden circunscribirse al análisis de data histórica se años anteriores, deben utilizar tecnología informática para monitorear indicadores que representen situaciones que necesiten atención inmediata de parte de la Administración de Seguros de Salud. La Oficina de la Procuradora del Paciente recomiendan que en los “finés” para que la Administración de Seguros de Salud puedan obtener información, se incluyan “investigaciones y/o estudios sobre la utilización de los servicios, no se debería limitar a pagos y la auditoria de estos.

El **Colegio de Cirujanos Médicos**, endosa la medida y mencionan que la exposición de motivos reseña un problema real que sufren todos los proveen servicios de salud a nuestro Pueblo. El problema es la falta de coordinación de servicios y de pago y la falta de sistemas para controlar la situación. Véase que decimos la falta de coordinación, no la falta de sistemas, infraestructura, tecnología o recursos. Esto es así, pues precisamente de la falta de coordinación surgen pagos con fondos públicos que realmente deberían provenir de fondos privados.

Uno de los grandes perdedores en todo este asunto es el Centro Médico. Allí se provee todo tipo de servicios, terciarios, supra terciarios y hasta primarios. Los pacientes llegan a Centro Médico, se les provee el servicio y no se factura y no se hacen gestiones de cobro o simplemente los obligados a pagar ignoran las facturas y acumulan deudas millonarias que luego son borradas por diferentes artificios. Mientras eso sucede el Centro Médico acumula alrededor de \$500 millones de déficit. El Colegio de Médicos entiende que aunque esta medida es una bien intencionada, no contiene los elementos para conjurar el problema que señala. La responsabilidad es de las aseguradoras. También plantean que la confidencialidad de la información este bien resguardado y que un recibo expedido al momento de proveerse los servicios no es la solución al problema.

El Colegio de Médicos añade que no tienen problemas con tener que expedir recibos por los servicios prestados. Es necesaria la salvaguarda añadida pues con la excusa de auditoria y pago no se puede divulgar información sensible y confidencial de los pacientes. El Colegio reitera que entienden que son las aseguradoras los entes que poseen la infraestructura y los recursos técnicos y humanos para agilizar la coordinación de servicios. Hoy en día un paciente puede llegar a una oficina médica con infinidad de tarjetas de servicios de salud o con derecho a recibir servicios

bajo una multiplicidad de programas. Por ejemplo, se pueden dar una o varias combinaciones de lo siguiente:

- Paciente de plan privado de salud
- Paciente de Reforma
- Paciente de Medicare tradicional
- Paciente de Medicare Advantage
- Paciente de medicare Platino
- Paciente con plan complementario de Madicare
- Paciente con plan complementario privado
- Paciente de ACA
- Paciente del Fondo del Seguro del Estado
- Paciente de seguro choferil

Un paciente que llega a una oficina médica puede tener en su cartera una, varias o todas de las alternativas mencionadas. Se dan los casos en que el paciente tiene tarjeta de reforma, de plan privado, Medicare y otros. El problema es que cuando llegan a las oficinas médicas solo muestran una de las tarjetas o alternativas de servicios. Si saca la de reforma, no hay manera de saber que tienen las demás. Allí comienza la odisea de las oficinas médicas.

La coordinación de planes y servicios tiene que darse a nivel de los obligados a pagar y no puede imponerse a la responsabilidad de las oficinas médicas que no pueden cumplir pues carecen de la información y la infraestructura para hacerlo. Como médicos están obligados a proveer un servicio de salud de calidad y a recibir la compensación correspondiente. La legislación debería también contener penalidades para aquellos que se aprovechan de la falta de coordinación y permiten que se facture donde no corresponde y a la vez se enriquecen injustamente.

El Colegio de Médicos propone que en cada instancia donde no haya coordinación efectiva de servicios se impongan el pago de tres veces la cantidad desplazada inadecuadamente, medie o no cumpla. Esta es la única manera, a corto plazo, que se forzara la coordinación. A largo plazo entendemos que la coordinación a nivel de los obligados a pagar se debe agilizar una vez el record electrónico este totalmente implantado. Mediante este mecanismo toda la información del paciente, incluyendo los planes médicos que tenga, estará centralizada.

Cuando el paciente acuda a buscar servicios surgirá de su record electrónico todo lo necesario para la coordinación de servicios.

La **Oficina del Comisionado de Seguros**, respalda la intención de esta medida y entienden que la misma resulta beneficiosa en la medida en que aclara, fuera de toda duda, que las normas sobre confidencialidad de la información médica que establece la Carta de Derechos y

Responsabilidades del Paciente no impide que los proveedores divulgan información médica de sus pacientes, cuando la información es pertinente al pago de los servicios prestados o de auditorías.

La medida propuesta en el proyecto está predicada en la necesidad de que los proveedores de servicios de salud intercambien, con la Administración de Seguros de Salud (ASESE), información que ayude a esta última a determinar que en, efecto, le corresponde realizar el pago por determinado servicio. Según la Exposición de Motivos del Proyecto, los estados y territorios beneficiarios de fondos bajo el programa Medicaid vienen obligados, por requerimientos federal, a auditar el pago de servicios para asegurarse de que no se paguen con dichos fondos servicios que deben ser pagados por algún otro seguro privado, o plan de salud financiado por el Gobierno.

A esos efectos, el Proyecto propone incorporar al inciso (d) del Artículo 11 de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, que disponga que las normas sobre la confidencialidad de la información médica de los pacientes contenida en dicha Ley no deben interpretarse de manera que impidan el intercambio de información entre los proveedores de servicios de salud, “cuando la información provista sea pertinente para fines de auditoría y pago de servicios”.

A fin de garantizar que la confidencialidad y protección de la información no interfiera con la atención médica que reciben las personas, o con otros fines considerados de gran importancia, la ley pertinente que la información se divulgue en determinados casos, como por ejemplo, cuando la misma es necesaria para pagar a los proveedores de servicios de salud u hospitales por los servicios privados.

La legislación local como la federal autoriza que se divulguen o intercambien información médica y sobre la salud de los individuos, entre otros asuntos, cuando la misma es para propósitos relacionados con el pago de los servicios de salud brindados.

La **Asociación Médica de Puerto Rico**, indica que luego de analizar y evaluar el proyecto de ley 1208, endosan el mismo.

El **Departamento de Salud**, endosa la medida e indican que la exposición de motivos señala, en síntesis, que por requerimiento del Gobierno Federal, los territorios beneficiarios de fondos relacionados con el Programa Medicaid, viene obligados a auditar el pago de servicio así como asegurar que no se están pagando servicios que corresponde ser pagados por otro plan privado a plan de salud financiado por el gobierno.

Además señala que a esos fines es necesario que los proveedores de servicios de salud, intercambien información de los beneficiarios con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) aclarando el alcance de la confidencialidad de la información relacionada con un paciente, cuando la misma es solicitada como parte de los procesos de auditoría de la Administración. La enmienda se extiende al intercambio de información de salud entre proveedores de servicios de salud y la Administración de Servicios de Salud cuando la información provista sea pertinente para fines de auditoría y pago de servicios. A fines de permitir un intercambio de información de salud entre proveedores de servicios de salud y ASES para propósitos de auditoría y pago de servicios está permitido por las reglas federales de privacidad y seguridad de HIPAA.

## **IMPACTO FISCAL ESTATAL**

En cumplimiento con el Artículo 8 de la Ley Núm. 103 de 2006, conocida como “Ley para la Reforma Fiscal del Gobierno Estatal Asociado de Puerto Rico de 2006”, las Comisiones suscribientes han determinado que esta medida si tiene un impacto fiscal significativo sobre las finanzas del Gobierno Central.

## **IMPACTO FISCAL MUNICIPAL**

En cumplimiento con la sección 32.5 del Reglamento del Senado y la Ley Núm. 81 del 30 de agosto del 1991, según enmendada, conocida como “Ley de Municipios Autónomos”, la Comisión suscribiente, luego de su evaluación y análisis, determina que la aprobación de esta medida no conlleva impacto fiscal municipal.

## **CONCLUSIÓN**

Esta Comisión entiende que por requerimiento del gobierno federal, los estados y territorios beneficiarios de fondos bajo el Programa de Medicaid vienen obligados a auditar el pago de servicios y asegurar que no se están pagando servicios que corresponden ser pagados por otro plan privado o plan de salud financiado por el gobierno. A esos fines es necesario que los proveedores de servicios de salud intercambien información de los beneficiarios con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. El Colegio de Médicos entiende que uno de los más grandes perdedores en todo este asunto es el Centro Médico. Allí se proveen todo tipo de servicios.

En pro de la salud de todos los puertorriqueños y por todo lo antes expuesto, la Comisión de Salud, recomienda a este Alto Cuerpo Legislativo la aprobación del P. de la C. 1208 sin enmiendas en el entirillado electrónico que se acompaña.

Respetuosamente sometido,

Ángel R. Martínez  
Presidente  
Comisión de Salud