



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE P.R.
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

10 de enero de 2002

Carta Normativa-ODE-Núm. 1
Sobre: Derecho a Cambio y/o Transferencia de Grupo de Salud (HCO)

A Todas las Aseguradoras Contratadas


Orlando González Rivera
Director Ejecutivo

La presente carta normativa se emite con el fin de abundar en la interpretación adoptada en torno al párrafo segundo del Artículo II del contrato vigente¹. Dicha cláusula ha generado varias interrogantes en torno al alcance de las razones o instancias que pueden considerarse como causa para efectuar cambios o transferencias de un HCO, luego de transcurridos 90 días de la fecha de la suscripción inicial del beneficiario. Nuestra interpretación se adopta tomando en consideración otras disposiciones aplicables de la ley que rigen el Programa Medicaid. También, utilizamos de referencia los comentarios directivos previamente emitidos por los funcionarios del CMS durante los procesos de pre-aprobación y publicación de reglamentos previos e interinos propuestos y más recientes publicados en el Federal Register.

La disposición contractual aludida en la nota al calce, se incorporó por primera vez en el contrato vigente conforme a la sección 1932(a)(4)(A) del *Social Security Act*², según enmendada por el *Balanced Budget Act*³.

Esta disposición respondió primordialmente a un intento de nuestra parte para tratar de colaborar con las aseguradoras y los grupos médicos en asegurar mayor grado de estabilidad operacional en los procesos administrativos de las organizaciones de salud, una vez, el beneficiario escogiera su grupo y

¹ "The right of beneficiaries to transfer or change from an HCO shall be made at any time without cause during the first 90 days following the date of the beneficiary's initial enrollment or the date of enrollment notice is sent, whichever is later, and at most once every (12) months thereafter, and for any of the causes of disenrollment set forth on 42 CFR 438.56, at any time."

² Section 1932-[42 U.S.C.1396u-2].

³ P.L. 105-33, §4701(a) aprobada el 5 de Agosto de 1997.

estableciera una relación satisfactoria médico-paciente con el médico primario en el grupo seleccionado. Entendimos, que era necesaria esta norma, ya que la frecuencia con que arbitraria, continua y caprichosamente algunos beneficiarios cambian de médico y grupo en algunas regiones, dificulta el buen desarrollo en las relaciones médico-pacientes, la continuidad y seguimiento del cuidado a los beneficiarios, además, incrementa los costos administrativos operacionales del grupo. Se pretende minimizar la práctica indeseable de algunos beneficiarios de estar cambiando **arbitraria y caprichosamente de grupo médico**, luego de transcurridos los 90 días de la suscripción inicial.

No obstante, la aplicación de esta norma siempre habrá de estar fundada en la debida oportunidad que debe conferirse al beneficiario para éste poder ejercer libre selección de su grupo y médico primario entre no menos de dos (2) médicos primarios y/o grupos médicos de los que habrán de ser contratados por la aseguradora asignada a su región.

Esto no quiere decir que el beneficiario no pueda hacer cambios en aquellos casos o instancias que mencionamos más adelante, luego de transcurridos los 90 días.

La premisa articulada de las secciones 438.52 y 438.56 del reglamento final propuesto, está predicada en la regla general que se reitera en la sección 1932 de la ley de Seguro Social, según enmendada, la cual reitera la norma de que se garantice la selección entre no menos de dos **proveedores/entidades** disponibles al momento de suscripción. Dicha norma también reitera el principio que prohíbe que las aseguradoras o entidades de cuidado dirigido, no puedan dar de baja a beneficiarios por razón de cambios en el estado de salud del beneficiario; por razón del grado de utilización que haga el beneficiario de los servicios; por el menoscabo de capacidad mental del beneficiario, o por razón de que medie por parte de beneficiario falta de cooperación o "disruptive behavior" que resulte de sus necesidades especiales (excepto que la continuidad de mantenerlo suscrito en el grupo menoscabe la habilidad de proveer servicios al beneficiario o a otros beneficiarios. (subrayado nuestro)

Por lo que, dentro del análisis conjunto, tratándose que en el caso particular de nuestro Programa no es viable una baja como tal, ya que existe solamente una aseguradora por región, adoptamos por analogía, el mismo razonamiento aplicable a las razones de baja para acceder a cambios y transferencias. Entendemos que los cambios y transferencias constituyen de por sí, una limitación al derecho de suscripción. Por lo que, en atención a las salvaguardas y espíritu que persigue el *Balanced Budget Act*, adoptamos las directrices de las disposiciones legales mencionadas.

En vista a lo anterior, entendemos que debemos seguir el mismo espíritu que persiguen en conjunto las disposiciones propuestas sobre la interpretación de causas para "disenrollment" a la situación de cambios y/o transferencias.

Entre las causas que adoptamos como causa para permitir cambios y transferencias mencionamos:

1. Que beneficiario se mude fuera de área de servicios y esté razonable o sustancialmente fuera del área de servicios del grupo;
2. Que el grupo médico esté impedido de ofrecer servicios por razones de índole moral y/o religioso;
3. Que el beneficiario necesite servicios relacionados que requieran ser llevados a cabo de manera simultánea (a la misma vez), o que todos los servicios relacionados no estén disponibles dentro de la red de proveedores, y que el médico primario u otro proveedor determine que de llevarse a cabo separadamente los servicios, se expondría al beneficiario a un riesgo innecesario, y;
4. Por otras razones, incluyendo, y sin que se entienda limitativo, la pobre calidad de cuidado, la falta de acceso a servicios cubiertos, o la falta de acceso a proveedores con experiencia en atender las necesidades de cuidado del beneficiario.

No entraremos en los méritos de los procesos a seguir por la aseguradora para atender las solicitudes de cambios según se propone en las reglas propuestas.

Sin embargo, exhortamos a que remiren sus procesos para que estén en armonía con los trámites y estándares mínimos exigidos en la reglamentación interina final propuesta en 42 CFR Chapter IV, del Programa Medicaid, la cual en esencia, también propone que se sigan los procesos de quejas y querellas establecidos en la atención de las solicitudes de cambios.