

Nota: Refiarax a Carta Circular



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

21 de febrero de 1991

CARTA NORMATIVA CA-I-2-1232-91

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
Y SUS PROVEEDORES

ASUNTO: Contratación Per Capita

Señores:

Mediante Carta Circular Núm. E-2-917-83 del 10 de febrero de 1983, esta Oficina prohibió a las distintas organizaciones de servicios de salud la contratación de proveedores de servicios de salud sobre una base per capita y/o de cantidades fijas.

La llamada base per capita, representa el pago fijo de determinada cantidad de dinero por suscriptor hecho por la organización al proveedor, no importa que dicho suscriptor utilice o no los servicios prestados por el proveedor.

Hemos reexaminado dicho concepto a la luz de las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y encontramos que una transferencia absoluta de riesgo bajo los términos más liberales que podría permitir un contrato per capita, constituye el ofrecimiento de un plan de cuidado de salud por parte de un proveedor de servicios, quien generalmente no está autorizado por esta Oficina a realizar tales negocios.

No obstante lo anterior, dentro de ciertas limitaciones se puede llevar a cabo un tipo de contratación per capita por parte del proveedor de servicios médicos, que no constituya negocio de seguros.

Las características esenciales de un contrato como el mencionado, son las siguientes: la organización de servicios de salud retiene la responsabilidad primaria hacia el suscriptor y la transferencia del riesgo económico se hace en forma prudente y razonable, basada en la experiencia real de la utilización de los servicios. Debe proveer, además, las garantías necesarias de calidad y suficiencia en la prestación de los servicios.

A tales efectos esta Oficina permitirá contratación sobre bases fijas o per capita, siempre que se cumpla con las siguientes condiciones:

1) La Organización de servicios de salud podrá contratar en forma per capita aquellos servicios donde por su localización geográfica o área de servicio, no pueda contar con facilidades propias.

2) La Organización de servicios de salud podrá contratar con cualquier grupo médico-hospitalario, hospital, asegurador o corporación de servicios médicos, debidamente acreditados, la provisión de aquellos servicios que aparecen en su evidencia de cubierta en armonía con la capacidad y a tenor con las limitaciones de dicho proveedor para facilitar sus servicios. Todo contrato per capita prohibirá al proveedor que a su vez subcontrate en forma per capita.

3) El contrato per capita o sobre bases fijas requerirá al proveedor que suministre a la organización de servicios de salud datos estadísticos sobre la utilización, costos, días-pacientes, estadía promedio, etc., y facultará a ésta a velar razonablemente por la calidad de los servicios prestados a sus suscritores. La organización de servicios de salud tendrá derecho al acceso de los libros del proveedor con el propósito de auditar los mismos, en lo que respecta a la contratación entre ambos y tomará las providencias necesarias para corregir aquellos defectos o faltas relacionadas que encuentre al proveedor con lo contratado. El proveedor suministrará a la organización sus estados financieros anuales y cualquier información razonable y necesaria sobre costos y utilización.

4) El contrato per capita deberá requerir al proveedor que mantenga récords de todos los suscritores a los cuales presta servicios, clasificados éstos por cada organización de servicios de salud a las que provee servicios. Dicha información estará accesible a las organizaciones de servicios de salud y a cualquier instrumentalidad pública. El proveedor conservará dichos récords por el período que la organización de servicios de salud le requiera mediante el contrato, pero en ningún caso será por menos de cinco (5) años.

5) El proveedor será responsable y deberá tener la capacidad de prestar los servicios de cuidado de salud por un período no menor de 30 días en caso de que la organización se liquide, esté pendiente de liquidación o en un procedimiento de cobro.

6) Toda organización de servicios de salud someterá a la Oficina del Comisionado de Seguros copia de cada contrato para evaluación y aprobación tipo per capita o sobre bases fijas que

desea otorgar, con no menos de 60 días previo al otorgamiento del mismo, (incluyendo el pago de derechos por \$250 pagaderos a nombre del Secretario de Hacienda) disponiéndose que el incumplimiento de esta directriz conllevará las sanciones que procedan conforme a lo establecido por las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico.

Con el propósito de determinar si se está cumpliendo con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y de esta carta normativa, esta Oficina evaluará el cumplimiento de los requisitos de esta carta dentro de sesenta (60) días contados a partir de la fecha en que se someta. Para llevar a cabo dicha evaluación, tanto el proveedor como la organización de servicios de salud, suministrarán información sobre las facilidades del proveedor, los servicios que ofrecerá su personal y la relación de costos por los últimos 2 años, así como cualquier otra información que esta Oficina le requiera.

7) El contrato per capita entre la Organización y el proveedor se formalizara por escrito y su duración no podrá ser por más de un (1) año. Contendrá, entre otras, las siguientes cláusulas y condiciones:

a) Una declaración sobre cuál es la capacidad del proveedor en términos de horas-pacientes, días-camas y otra unidad similar y que dicha capacidad esté acorde con la utilización esperada para el número de suscriptores per capita que cubrirá el contrato.

b) La organización de servicios de salud someterá anualmente a esta Oficina, en o antes del 31 de marzo, un informe comparativo sobre la experiencia en la contratación per capita.

c) El contrato per capita deberá tener como mínimo 50 suscriptores, sin exceder las capacidades del proveedor.

d) El proveedor habrá de rendir un servicio médico de excelencia, a la par con las normas de la tecnología médica en esta jurisdicción. La organización atenderá todas las querellas o quejas por la falta de servicios, incompetencia, mala calidad en el servicio y cualquier otra queja relacionada con la prestación de servicios que presenten los suscriptores.

e) El proveedor se comprometerá a hacer accesible a esta Oficina datos estadísticos sobre la utilización, los costos, la estadía promedio de pacientes, los servicios a los suscriptores, el personal, los estados financieros anuales, sus libros en lo que respecta a la contratación con la

organización y cualquier información razonable y necesaria sobre costos y utilización de servicios.

8) En el contrato per capita, la tasa per capita no será menor de la cantidad actuarialmente necesaria para cubrir el costo del servicio médico.

9) La contratación per capita no menoscabará la obligación de la organización para con el suscriptor. El incumplimiento del proveedor será considerado como un incumplimiento de la organización.

10) La resolución o terminación de un contrato per capita sólo será efectiva mediante la notificación de un aviso escrito por cualquiera de las partes, con no menos de treinta (30) días de anticipación a la fecha de efectividad.

11) El proveedor per capita no podrá hacer mercadeo, suscripción o administración del plan de cuidado de salud a nombre de la organización de servicios de salud.

Se requiere, por la presente, estricto cumplimiento con lo dispuesto en esta carta normativa, la cual entrará en vigor de inmediato. Las organizaciones de servicios de salud tendrán hasta el 30 de junio de 1991, para finalizar cualquier acuerdo vigente que no esté conforme a lo aquí expresado y someterán evidencia al Comisionado de Seguros en o antes del 30 de agosto de 1991 del cumplimiento requerido por esta carta.

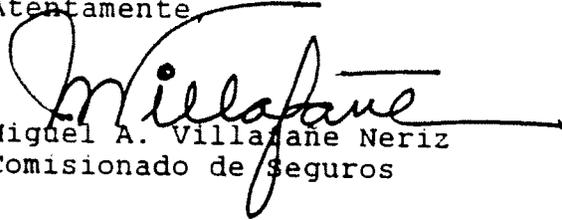
Cada organización de servicios de salud deberá presentar anualmente al Comisionado de Seguros, en o antes del 31 de marzo, un informe certificado y juramentado por el presidente de ésta. Dicho informe contendrá:

1. El nombre y la dirección de todos los proveedores per capita.
2. Un estado de costos y de ingresos de los contratos per capita.
3. Un estado de altas o bajas de suscriptores y su utilización por cada contrato per capita.
4. Un estado de reclamaciones por pagar reportadas y no reportadas del proveedor per capita.

El archivo de este informe conlleva el pago de derechos por \$50 pagaderos a nombre del Secretario de Hacienda.

De tener cualquier duda sobre el contenido de esta carta normativa, deberá comunicarse con esta Oficina de inmediato.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Miguel A. Villafane", with a long horizontal flourish extending to the right.

Miguel A. Villafane Neriz
Comisionado de Seguros