

# Código de Seguros; Enmiendas

Ley Núm. 228-2015

17 de diciembre de 2015

## (P. de la C. 2440)

Para enmendar el inciso (2) del Artículo 31.020 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Puerto Rico”, a los fines de clarificar y excluir a las Cooperativas de Tipos Diversos de la aplicación de la definición de “persona” como entidad jurídica y reafirmar que las mismas están reglamentadas por la Ley 239-2004, según enmendada, conocida como la “Ley General de Sociedades Cooperativas de Puerto Rico de 2004”; la Ley 247-2008, según enmendada, conocida como la “Ley Orgánica de la Comisión de Desarrollo Cooperativo de Puerto Rico”; y la Ley 114-2001, según enmendada, conocida como la “Ley de la Corporación Pública para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico”; para añadir un nuevo Subcapítulo 20A a la Ley 239-2004, según enmendada, a los fines de autorizar a las Cooperativas de Proveedores de Servicios de Salud (CPSS) a negociar colectivamente con los Administradores de Terceros (AT) y las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS); y para otros fines relacionados.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Corporación Pública para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico (COSSEC) es el instrumento estatal con jurisdicción para supervisar a las cooperativas organizadas en Puerto Rico, reglamentar sus operaciones para salvaguardar su solvencia económica y asegurarse de su cumplimiento con las normas que gobiernan su funcionamiento, establecido así en la Ley 114-2001, según enmendada, conocida como la “Ley de la Corporación Pública para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico”. Posteriormente, se aprobó la Ley 247-2008, según enmendada, conocida como la “Ley Orgánica de la Comisión de Desarrollo Cooperativo de Puerto Rico”, donde se reafirma el principio de especialidad y de jurisdicción exclusiva sobre las cooperativas creadas al amparo de la Ley 239-2004, según enmendada, conocida como la “Ley General de Sociedades Cooperativas de Puerto Rico de 2004”. Se estableció que en los casos en que las disposiciones de la Ley 247, *supra*, estén en pugna con las disposiciones de cualquier otra ley, prevalecerán las disposiciones de la Ley 247, *supra*. Aún más, de quedar alguna duda sobre el ejercicio de la política pública sobre los entes cooperativos, compete con exclusividad a la Junta Rectora de la Comisión de Desarrollo Cooperativo de Puerto Rico (CDCOOP) atender los planteamientos sobre posible inconsistencia de política pública cuando se trata de las cooperativas.

El 8 de agosto de 2008 se aprobó la Ley 203, que enmendó la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Puerto Rico”, donde se estableció las reglas para garantizar el balance en la contratación de los servicios de salud. Sin embargo, no estuvo vislumbrado que se incluyeran las Cooperativas de Tipos Diversos, como son las Cooperativas de Proveedores de Servicios de Salud (CPSS), para que fueran parte de dicha Ley. En un análisis correcto y acertado, las Cooperativas de Tipos Diversos, que incluye a las CPSS, ya estaban reglamentadas y supervisadas por leyes especializadas cooperativistas, como lo son la Ley 239-2004, según enmendada, la Ley 247-2008, según enmendada, y la Ley 114-2001, según enmendada. En las mismas se establece la reglamentación para todas las actividades de este tipo específico de entidad jurídica. De dicha legislación se desprende claramente, que las Cooperativas de Proveedores de Servicios de Salud no se consideran como un instrumento organizado para disminuir competencia de clase alguna, sino para realizar actividades lícitas en beneficio de los consumidores y demás entes en el mercado.

Con ese fin se hace inminente que se enmiende el inciso (2) del Artículo 31.020 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, a los fines de clarificar que las Cooperativas de Tipos Diversos no se incluyen bajo el término de persona en dicha Ley, por lo que se excluye específicamente del inciso (2) en la definición de “persona” a las Cooperativas de Tipos Diversos, bajo el término cualquier entidad jurídica o bajo cualquier interpretación que se haga de dicha definición.

La legislación antimonopolística federal y estatal aplica a los profesionales licenciados (learned professions) tales como: médicos, abogados, ingenieros y otros, ya que para efectos de la misma estos son competidores. Consecuentemente, como regla general, los proveedores de servicios de salud están sujetos a la legislación antimonopolística federal y estatal, y deben cumplir cabalmente con esta. No obstante, a manera de excepción, el gobierno estatal puede crear un marco legal que les permita a los proveedores de servicios de salud negociar colectivamente con las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS) y los Administradores de Terceros (AT). Ahora bien, dicho marco legal deberá cumplir con los requisitos dispuestos en la Doctrina de inmunidad estatal del derecho federal sobre libre competencia, establecidos en *Parker v. Brown*, 317 US 341 (1943) y su progenie. Así pues, para que se pueda cumplir con la referida doctrina será necesario que la ley estatal cumpla con los siguientes dos (2) requisitos: 1) que la conducta anticompetitiva esté claramente articulada y afirmativamente expresada como política pública del Estado; y 2) que esta política pública esté supervisada activamente por el Estado.

Dicho lo anterior, es necesario enmendar la Ley 239-2004, según enmendada, para cumplir cabalmente con la Doctrina de inmunidad estatal. Ello, con el propósito de autorizar a las CPSS, en representación de sus miembros proveedores de servicios de salud, a negociar colectivamente con las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS) y los Administradores de Terceros (AT), para que exista un balance en las negociaciones de estas partes, pues actualmente los términos contractuales entre estas partes son impuestos a través de contratos de adhesión. De esta forma logramos mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los pacientes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

La enmienda propuesta evitará la errónea interpretación y alegación de aplicación al cooperativismo de otros estatutos que no están relacionados a dicho sector, a la vez que reafirma el marco de política pública y supervisión activa que establecen las leyes cooperativas.

***DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:***

Sección 1.-Se enmienda el inciso (2) del Artículo 31.020 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

“Artículo 31.020.-Definiciones.

Para propósitos de este Capítulo, los siguientes términos o frases tendrán el significado que a continuación se indica, a menos que dentro del contexto en que los mismos sean utilizados, surja claramente otro significado:

(1) ...

- (2) Persona – significa una persona natural, asociación, asegurador, grupo, sindicato, “trust”, compañía, sociedad, organización, corporación o cualquier otra entidad jurídica, excepto las Cooperativas de Tipos Diversos y cualquier otra que así se exprese, las que se registrarán al amparo de la Ley 239-2004, según enmendada, conocida como la “Ley General de Sociedades Cooperativas de Puerto Rico de 2004”; la Ley 247-2008, según enmendada, conocida como la “Ley Orgánica de la Comisión de Desarrollo Cooperativo de Puerto Rico”; la Ley 114-2001, según enmendada, conocida como la “Ley de la Corporación Pública para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico”, según enmendada; o alguna otra ley que sucedan a estas. Esta disposición en nada afecta a las Cooperativas de Seguros, que seguirán siendo supervisadas por la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Puerto Rico”.
- (3) ...
- (4) ...
- (5) ...
- (6) ...
- (7) ...

A los efectos de este Capítulo, los términos tendrán el significado antes expresado, pero en caso de controversia sobre su alcance se utilizarán de manera supletoria, las definiciones que se expresan en los Artículos 1.030, 1.050 y 19.020 de este Código.”

Sección 2.-Se añade un nuevo Subcapítulo 20A a la Ley 239-2004, según enmendada, conocida como la “Ley General de Sociedades Cooperativas de Puerto Rico de 2004”, para que lea como sigue:

“SUBCAPÍTULO 20A- NEGOCIACIÓN COLECTIVA DE LAS COOPERATIVAS DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD (CPSS) CON LOS ADMINISTRADORES DE TERCEROS (AT) Y LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD (OSS).

Artículo 20A.1.-Política Pública del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Se declara como política pública del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico la autorización de la negociación colectiva de las Cooperativas de Proveedores de Servicios de Salud (CPSS) con los Administradores de Terceros (AT) y las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS). Ello, para establecer un marco legal que permita que haya un balance en las negociaciones de las CPSS con los AT y las OSS, y

mejore el acceso y la calidad de los servicios de salud a los(as) pacientes en el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

#### Artículo 20A.2.-Definiciones

Para propósitos de este Subcapítulo, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se expresa:

- (a) Plan de cuidado de salud- significa aquel definido como “plan de cuidado de salud” en el Artículo 19.020 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Puerto Rico”.
- (b) Proveedor- significa todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorios, farmacias, servicios médicos de emergencia, pre-hospitalarios, proveedor de equipo médico o cualquier otra persona autorizada en el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, para proveer servicios de cuidado de salud, ya sea de manera grupal o individual y que bajo contrato con una organización de servicios de salud y administradores de terceros, preste servicios de cuidado de salud a suscriptores o beneficiarios de un plan de cuidado de salud.
- (c) Organización de Servicios de Salud (OSS)- significa aquella definida como “organización de servicios de salud” en el Artículo 19.020 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Puerto Rico”. Para efectos de este Subcapítulo, se incluirá en esta definición a los aseguradores por incapacidad, autorizados a suscribir seguros de salud, según establecido en los Artículos 3.010 al 3.350 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Puerto Rico”.
- (d) Representante o Representantes de los miembros de una Cooperativa de Proveedores de Servicios de Salud- significa un(os) socio(s) o un tercero, autorizado por los miembros de una Cooperativa de Proveedores de Servicios de Salud, a negociar a su nombre, con las organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros, los términos y condiciones contractuales entre las partes.
- (e) Administrador de Terceros (AT)- significa una persona, natural o jurídica, pública o privada, que procesa reclamaciones y realiza otras funciones, según contratadas. Por lo general, estos son contratados por organizaciones de servicios de salud u otras entidades que se auto aseguran, con el propósito de que administren los servicios de procesamiento de reclamaciones, cobro de primas, contratación de proveedores, pago a proveedores y cualquier otra actividad administrativa. Además, se entenderá como un administrador de tercero al Manejador de

Servicios Beneficios de Farmacia (PBM), al Administrador de Beneficio de Farmacia (PBA), al Administrador de Servicios (ASO), y a las Organizaciones de Gerencia de Servicio (MSO).

- (f) Cooperativa de Proveedores de Servicios de Salud (CPSS)- significa una institución organizada de conformidad con las disposiciones que regulan a la Corporación Pública para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico (COSSEC), compuesta por proveedores de servicios de salud a los fines de conjuntamente mercadear, negociar o proveer servicios de cuidado de salud y/o comprar materiales para la venta o prestación de servicios de salud.
- (g) Comité- significa el Comité para la Supervisión y Fiscalización de los Procedimientos de Negociación Colectiva.

Artículo 20A.3.-Autoridad de la CPSS para la negociación colectiva con los AT o las OSS.

Las CPSS podrán, en representación de sus miembros, negociar colectivamente con un AT o una OSS, los términos y condiciones de los contratos de servicios de salud, siempre y cuando dichos términos y condiciones no afecten adversamente la calidad, el acceso, o la habilidad de un buen servicio de salud al paciente.

Artículo 20A.4.- Términos y condiciones que se podrán negociar.

Las CPSS, en representación de sus miembros, estarán autorizadas a negociar colectivamente con los AT y las OSS los siguientes términos y condiciones:

- (a) Procedimiento para establecer los honorarios, las tarifas, los reembolsos, y la codificación por los servicios de cuidado de salud;
- (b) Guías de la práctica clínica, la definición de necesidad médica y los servicios medicamente necesarios;
- (c) Procedimientos y políticas administrativas;
- (d) Procedimientos para la resolución de conflictos entre los proveedores de servicios de salud, las OSS o los AT y los pacientes;
- (e) Procedimientos de referidos, pre-autorizaciones, autorizaciones y verificación de elegibilidad y cubierta de los pacientes asegurados;
- (f) Programas de garantías de calidad, auditorías y revisión para la utilización de servicios de cuidado de salud;

- (g) Los criterios que los AT y las OSS deberán considerar al contratar con los proveedores de servicios de salud y al dar por terminado los contratos con los proveedores de servicios de salud;
- (h) La responsabilidad de los proveedores de servicios de salud, de los AT y de las OSS sobre los tratamientos o la falta de tratamientos a los pacientes asegurados;
- (i) Las prácticas y los procedimientos para la evaluación, la mejora y la detección temprana de enfermedades;
- (j) Los criterios clínicos para un programa de manejo de enfermedades que sea efectivo y económicamente razonable para los pacientes; y
- (k) Las prácticas y los procedimientos para fomentar y promocionar la educación y la adhesión con los tratamientos de los pacientes.

Artículo 20A.5.-Jurisdicción para atender, supervisar y fiscalizar las negociaciones colectivas de las CPSS con los AT o las OSS y la creación de un Comité para la Supervisión y Fiscalización de los Procedimientos de Negociación Colectiva.

La COSSEC tendrá la facultad para atender, supervisar y fiscalizar el procedimiento de negociación colectiva de las CPSS con los AT y las OSS. Para poder supervisar y fiscalizar efectivamente dicho procedimiento, la COSSEC creará un Comité para la Supervisión y Fiscalización de los Procedimientos de Negociación Colectiva (Comité). El Comité deberá tener un(a) (1) miembro del Departamento de Salud, un(a) (1) representante de la Oficina del Procurador(a) del Paciente, un(a) (1) representante de las OSS, un(a) (1) representante el sector cooperativista, y un(a) (1) perito economista con certificación de actuarial. Dichos miembros no deberán ser participantes activos en el mercado.

Artículo 20A.6.-Representante o Representantes de la CPSS para negociar colectivamente y notificación de intención de negociar colectivamente.

La CPSS deberá escoger un máximo de tres (3) personas, naturales o jurídicas, para que representen a los miembros de la CPSS que desea negociar colectivamente con los AT o las OSS. El(los) representante(s) de los proveedores, tendrán, entre otras responsabilidades, notificarle por escrito al Comité y al AT y/o a OSS la intención de los miembros de la CPSS de negociar colectivamente con un AT o una OSS. Esta intención de negociar deberá incluir, entre otras cosas, lo siguiente:

- (a) El nombre, el número de teléfono, el correo electrónico y la dirección de la oficina de cada uno de los miembros de la CPSS que desean negociar colectivamente;
- (b) El nombre, número de teléfono, correo electrónico y la dirección del AT o de la OSS con quien desean negociar;

- (c) Prueba de notificación al AT o a la OSS de que unos miembros de una CPSS desean negociar colectivamente y la correspondiente aceptación del AT o de la OSS de negociar;
- (d) El tema o los temas, según dispone este Subcapítulo, que desean negociar colectivamente;
- (e) El área o áreas de práctica en la que cada miembro de la CPSS provee los servicios de salud;
- (f) El impacto de la negociación colectiva en la calidad, el acceso o la habilidad del cuidado médico de los pacientes del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; y
- (g) Los beneficios de la negociación colectiva para los miembros representados por la CPSS, el AT o la OSS y los pacientes del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El Comité deberá certificar el recibo de la intención de negociar. Una vez recibida la intención de negociar por parte de la CPSS, el Comité deberá verificar que dicha intención cumple con los requisitos dispuestos en este Subcapítulo. Si la mayoría de los miembros del Comité determinan que la intención de negociar cumple con dichos requisitos, el Comité deberá abrir un expediente y las partes podrán comenzar la negociación colectiva. No obstante, si la mayoría de los miembros del Comité concluyen que la intención de negociar no cumple con los requisitos de este Subcapítulo, las partes no podrán comenzar a negociar colectivamente hasta tanto la CPSS cumpla con los requisitos de la notificación de intención de negociar.

Artículo 20A.7.-Término de duración de la negociación colectiva, procedimiento de negociación colectiva y obligación continua de las partes de informar al Comité.

El Comité deberá monitorear todo el proceso de negociación colectiva entre las partes. Dicho procedimiento no deberá durar más de cuarenta y cinco (45) días, a menos que las partes, mediante acuerdo voluntario y escrito, deseen extenderlo quince (15) días adicionales, para un máximo de sesenta (60) días. Las partes tendrán la obligación continua de informar y presentar ante el Comité, como mínimo, lo siguiente:

- (a) Luego de la reunión inicial entre las partes, deberán presentarle al Comité un calendario de todas las reuniones que desean realizar para llevar a cabo la negociación colectiva;
- (b) Un informe de cada reunión celebrada, en el cual se deberá incluir, pero sin entenderse como una limitación, los siguientes datos:



- i) una lista con el nombre de las personas presentes en la reunión, a quién representan, dirección, número de teléfono y el correo electrónico, de cada una de ellas;
  - ii) la fecha de la reunión;
  - iii) el progreso de las negociaciones;
  - iv) los acuerdos logrados hasta el momento;
  - v) los asuntos pendientes;
  - vi) copia de los documentos discutidos y tomados en consideración en la reunión; y
  - vii) copia del acta de la reunión.
- (c) Una vez terminado el proceso de negociación colectiva, las partes deberán presentar un informe final que, como mínimo, deberá incluir lo siguiente:
- i) un resumen de todos los informes de progreso;
  - ii) el borrador final del acuerdo; y
  - iii) los documentos e información utilizados durante el procedimiento de negociación.

Artículo 20A.8.-Aprobación de los informes de progreso y del informe final, términos para la aprobación de cada informe de progreso y criterios mínimos que el Comité deberá tomar en consideración al evaluar los informes de progreso, el informe final y el borrador final del acuerdo.

- (a) Todos los informes de progreso serán revisados por la mayoría de los miembros del Comité. Las reuniones entre las partes solamente podrán detenerse si el Comité entiende que no se está cumpliendo con este Subcapítulo o se están incurriendo en prácticas injustas o alguna deficiencia acorde a este Subcapítulo. Ante esto, el Comité tendrá que notificar a las partes, indicándoles la razón por la que ordena se detengan las negociaciones, para que así las partes subsanen cualquier deficiencia o detengan dicha conducta. Luego de recibida la notificación del Comité, las partes subsanarán la deficiencia o detendrán la práctica injusta, y así le harán constar al Comité dentro de los siete (7) días de haber recibido la notificación. El Comité, una vez reciba la respuesta de las partes, tendrá tres (3) días para autorizar o denegar la continuación de las negociaciones. Para continuar con las negociaciones, será necesario que la mayoría de los miembros del Comité aprueben cada uno de los informes. El Comité podrá



nombrar a uno de sus miembros para que esté en las negociaciones entre las partes.

- (b) El Comité tendrá treinta (30) días para denegar, modificar o aprobar el informe final y el borrador final del acuerdo entre las partes. De entender necesario, el Comité podrá solicitar documentación e información adicional al evaluar estos documentos. No obstante, el Comité, con aprobación de las partes, podrá extender el referido período a quince (15) días adicionales, para un máximo de cuarenta y cinco (45) días. Esta decisión de la mayoría de los miembros del Comité deberá estar en un documento escrito, el cual incluirá una explicación de la determinación. De entender necesario, el Comité podrá solicitar documentación e información adicional al evaluar estos documentos.
- (c) Al evaluar los informes de progreso, el informe final y el borrador final del acuerdo de las partes, el Comité deberá tomar en consideración, entre otras cosas, los siguientes criterios:
  - i) Que los términos y condiciones de los contratos de servicios de salud no afectan adversamente la calidad, el acceso, o la habilidad de un buen servicio de salud al paciente;
  - ii) Los beneficios competitivos y otros que tienen los términos y condiciones de los acuerdos entre las partes;
  - iii) Los beneficios que los pacientes recibirán debido a los términos y condiciones de los acuerdos de las partes;
  - iv) Que los términos y las condiciones acordadas sean conforme a las leyes y los reglamentos aplicables en el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Gobierno Federal;
  - v) Que los acuerdos sean económicamente razonable para todas las partes;
  - vi) Que se haya logrado un balance competitivo en la negociación;
  - vii) Que el acuerdo fomente las buenas prácticas en la medicina y en el ofrecimiento de servicios de salud;
  - viii) Que la negociación mejoró la comunicación entre los proveedores de servicios de salud y el AT o la OSS;
  - ix) Que no se establezcan disposiciones que obliguen a un socio de la CPSS a aceptar el contrato negociado por esta, si el socio no lo

desea; además de velar porque no se tomen medidas punitivas en contra del socio; y

- x) Que el acuerdo entre las partes tiene un término máximo de tres (3) años de vigencia.

Artículo 20A.9.-Prohibición de ciertas prácticas concertadas entre 2 o más personas.

Cualquier acción coordinada por parte de los miembros de la CPSS que limite la prestación de servicios de salud, sea mediante restricción irrazonable al comercio, amenazas de boicot, huelga u otra acción, estará sujeta a la fiscalización en primera instancia de la COSSEC, a tenor con los poderes de fiscalización y supervisión establecidos en la Ley 114-2001, según enmendada, la Ley 239-2004, según enmendada, la Ley 247-2008, según enmendada, y el Reglamento Núm. 7768 de COSSEC, conocido como el “Reglamento de Procedimientos Investigativos y Adjudicativos”. De determinar la COSSEC que alguna de las partes ha incurrido en violaciones a este Subcapítulo o a las leyes y reglamentos aplicables, se impondrá responsabilidad civil y/o criminal de acuerdo a las penalidades provistas por dichas leyes y reglamentos. De la violación a las disposiciones de este Subcapítulo ser unas fuera de la jurisdicción de la COSSEC, se referirá el asunto a la OAM, para que dicha oficina determine si existe incumplimiento con las disposiciones de este Subcapítulo, o con la Ley Núm. 77 del 25 de junio de 1964, según enmendada, conocida como la “Ley de Monopolios y Restricciones al Comercio”. De determinar la OAM que alguna de las partes ha incurrido en violaciones a este Subcapítulo o a la Ley Núm. 77 del 25 de junio de 1964, según enmendada, se impondrá responsabilidad civil y/o criminal de acuerdo a las penalidades provistas en dicha Ley. Asimismo, los AT y las OSS tampoco podrán incurrir en prácticas injustas, ilícitas o ilegales, ni tomar acciones en represalia o coercitivas en contra de los miembros de la CPSS durante el proceso de negociación, tales como: retener o dilatar pagos, auditorías, terminación del contrato de proveedor de salud, quitar el número de proveedor y otras acciones similares. De haberse determinado que alguna de las partes ha incurrido en violaciones a las prácticas mencionadas, podrán ser referidas a las agencias con autoridad sobre estas, de la COSSEC y/o la OAM no tener jurisdicción sobre las mismas.

Artículo 20A.10.-Cláusulas no negociable y excepciones a dicha prohibición:

- (a) No se podrá negociar colectivamente sobre aquellas cláusulas cuyo lenguaje debe ser copiado tal y como aparece en las leyes y reglamentos del gobierno federal de los planes de salud del Programa *Medicare* y *Medicare Advantage*, administrado por el *Health and Human Services* y el *Center for Medicare and Medicaid Services*, creado por el *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act*, 117 Stat. 2066. No obstante lo anterior, en aquellas cláusulas que son requeridas, pero que la ley o reglamentación del gobierno federal permite la redacción a las partes, las mismas podrán ser negociadas, siempre y cuando se cumpla con lo requerido en dicha ley o reglamentación.

- (b) No se podrá negociar colectivamente sobre aquellas cláusulas cuyo lenguaje debe ser copiado tal y como aparece en las leyes y reglamentos del gobierno federal y estatal del Plan de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, reglamentado por la Ley 72-1993, según enmendada, conocida como la “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, (ASES), y las disposiciones del Programa *Medicaid*, creado por el *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act*. No obstante lo anterior, en aquellas cláusulas que son requeridas, pero que las leyes o reglamentación del gobierno federal y estatal permiten la redacción a las partes, las mismas podrán ser negociadas, siempre y cuando se cumpla con lo requerido en dichas leyes o reglamentación.
  
- (c) No se podrá negociar colectivamente sobre aquellas cláusulas cuyo lenguaje debe ser copiado tal y como aparece en las leyes y reglamentos del gobierno federal y estatal de los planes de salud de patronos auto-asegurados, por estar reglamentados por el *Employee Retirement Income Security Act* (FRISA), 88 Stat. 829. No obstante lo anterior, en aquellas cláusulas que son requeridas, pero que las leyes o reglamentación del gobierno federal y estatal permiten la redacción a las partes, las mismas podrán ser negociadas, siempre y cuando se cumpla con lo requerido en dichas leyes o reglamentación.

Artículo 20A.11.-Tarifa a pagar por el registro y la celebración de la negociación colectiva.

La COSSEC deberá imponer una tarifa a pagar por las partes por el registro y la celebración de la negociación colectiva. Los términos y el costo de esta tarifa estarán expuestos en una reglamentación creada por la COSSEC. El ingreso de la cuota será depositado en una cuenta especial de la COSSEC, creada a tenor con las disposiciones de la Ley Núm. 230 de 23 de julio de 1974, según enmendada, conocida como la “Ley de Contabilidad del Gobierno de Puerto Rico”, para el ejercicio de las funciones del Comité y el personal asignado al cumplimiento con este Subcapítulo; además de la equiparación y el adiestramiento del Comité y el personal, así como el pago de recursos y asesoría en el cumplimiento de sus deberes.

Artículo 20A.12.-Derogación del Reglamento Núm. 8320 del 3 de enero de 2013, conocido como el “Reglamento de Normas de Supervisión y Fiscalización de las Cooperativas de Proveedores de Servicios de Salud”, y la creación de un nuevo reglamento por parte de la COSSEC, que se conocerá como el “Reglamento para la Supervisión y Fiscalización de las Negociaciones Colectivas de las Cooperativas de Proveedores de Servicios de Salud (CPSS) con los Administradores de Terceros (AT) y las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS)”.

La COSSEC deberá crear un reglamento que establezca todos los términos y condiciones necesarias para la implementación de este Subcapítulo. Una vez aprobado este Subcapítulo, la COSSEC tendrá un máximo de noventa (90) días para adoptar dicho reglamento, el cual deberá ser redactado en coordinación con la OAM. No obstante a lo anterior, el Reglamento Núm. 8320 se mantendrá en vigor hasta que se apruebe el nuevo reglamento que dispone este Subcapítulo. Además, el Reglamento Núm. 8320 será utilizado como marco conceptual para establecer la implementación de este Subcapítulo.”

Sección 3.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.