

Santo Domingo, D. N.
16 de marzo de 2023

Señores
SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)
Av. 27 de Febrero No. 261,
Ciudad. _

Atención: Dirección Jurídica.

Asunto: Observaciones de la **ASOCIACIÓN DOMINICANA DE ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD (ADARS)** sobre la propuesta de Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud, sometida a consulta pública.

Distinguidos señores:

La **ASOCIACIÓN DOMINICANA DE ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD (ADARS)** tiene a bien remitir en documento anexo a esta misiva, sus observaciones, comentarios y sugerencias al borrador de propuesta de Normativa de Planes Alternativos de Salud, sometido a un procedimiento de consulta pública por esa Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), que diera inicio mediante convocatoria del pasado mes de febrero del año en curso.

Quedamos a la disposición de ese órgano regulador para participar en un encuentro de trabajo en el que puedan discutirse a fondo los detalles operativos de esta propuesta normativa.

Esperamos que las consideraciones expuestas sean debidamente analizadas y ponderadas en atención al principio de participación consagrado en el artículo 3 de la Ley núm. 87-01, y a los principios y reglas que rigen el accionar administrativo y las relaciones de la Administración y las personas.

Atentamente,



José Manuel Vargas Q.
Presidente Ejecutivo



Anexo: citado.



RECIBIDO SIN LEER

00227280

RECIBIDO POR: JUANA PATRICIA CARAMORDIAN DE LA ROSA

2023-03-16T14:57:20.643

SIBALPUL

RECIBIDO POR: JUANA PATRICIA CARAMORDIAN DE LA ROSA
2023-03-16T14:57:20.643
SIBALPUL

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA NO. 00000-2022
QUE APRUEBA LA NUEVA NORMATIVA SOBRE LOS PLANES
ALTERNATIVOS DE SALUD

LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL), entidad autónoma estatal, creada por la Ley No. 87-01, de fecha 9 de mayo de 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), debidamente representada por su Superintendente, el Dr. Jesús Feris Iglesias.

CONSIDERANDO 1: Que las resoluciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales constituyen normas reguladoras del Sistema Dominicano de Seguridad Social, conforme a lo establecido por el artículo 2 de la Ley 87-01.

CONSIDERANDO 2: Que el Artículo 118 de la Ley 87-01, establece que el Seguro Familiar de Salud (SFS) tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal, sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema.

CONSIDERANDO 3: Que el Artículo 148 de la Ley No. 87-01, establece que el Seguro Nacional de Salud y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) son entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), para asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud (PBS) a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

CONSIDERANDO 4: Que los literales c) y d) del Artículo 148 de la Ley No. 87-01, establecen que las ARS deberán coordinar la red de Proveedores de Servicios de Salud (PSS) para maximizar su capacidad resolutive, contratar y pagar en forma regular a las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS).



CONSIDERANDO 5: Que el artículo 175 de la Ley No. 87-01, crea a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, como una entidad estatal autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano, tiene como función velar por el estricto cumplimiento de la ley y sus normas complementarias, proteger los intereses de los afiliados, vigilar la solvencia financiera del Seguro Nacional de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), supervisar el pago puntual a dichas Administradoras, y de éstas a las PSS y de contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

CONSIDERANDO 6: Que el numeral 2 del artículo 13 del Reglamento para la Organización y Regulación de las ARS, establece que los Planes de Salud y sus modelos de contratos, deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

CONSIDERANDO 7: Que mediante la Resolución Administrativa No.00110-2007 de la SISALRIL, emitida en fecha 30 de marzo de 2007, SISALRIL establece la definición, supervisión y fiscalización de los Planes Voluntarios o Independientes y los Planes Especiales de Medicina Prepagada, con la finalidad de suplir cobertura a personas o núcleo familiares que no podían cotizar al SDSS, a través de ningún régimen de financiamiento, o para contemplar cobertura parcial o total en el extranjero.

CONSIDERANDO 8: Que, en estos momentos, las ARS administran el riesgo de la provisión de diversos planes de salud individuales y/o colectivos, a favor de personas registradas o no, en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, tales como: Planes Complementarios, Voluntarios y, Especiales de Medicina Prepagada, denominados Planes entre otros, Alternativos de Salud.

CONSIDERANDO: A qué se hace necesario, redefinir las coberturas de los Planes Especiales de Medicina Prepaga, con el fin de poder delimitar su cobertura, así como definir las coberturas de otros planes, de tal manera que se limiten a coberturas de salud, de forma exclusiva.

POR TALES MOTIVOS y vistos los artículos 2, 148 y 175 de la Ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS); el Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras

de Riesgos de Salud; la Resolución Administrativa de la SISALRIL, No. 00110-2007, de fecha 30 de marzo de 2007; esta Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales:

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR, como al efecto aprueba, la nueva Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud (PAS), la cual forma parte integral de la presente resolución.

SEGUNDO: INSTRUIR a las ARS que tienen pólizas vigentes de Planes Especiales de Medicina Prepagada, honrar los mismos hasta la fecha de vencimiento, momento en el cual deberán acogerse a las disposiciones contempladas en la referida normativa, para su renovación.

PÁRRAFO I: Las ARS que tengan en su cartera de Planes Especiales de Medicina Prepagada afiliados con pólizas vencidas que coticen para el PBS del SFS en su ARS, deberán garantizar las coberturas en igual o mejores condiciones que la póliza original, a través de Planes Complementarios y/o de Planes Especiales de Medicina Prepagada definidos en la Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud aprobada mediante la presente resolución.

PÁRRAFO II: Las ARS que tengan en su cartera de afiliados en los Planes Especiales de Medicina Prepagada personas que no cotizan para el SDSS en su ARS, deberán migrar estos afiliados a Planes Voluntarios a partir de la emisión de la presente resolución, manteniendo la continuidad de coberturas y los derechos adquiridos por los mismos.

TERCERO: Las ARS que tienen pólizas vigentes de planes que ofrecen coberturas que no son otorgadas a través de Prestadores de Servicios de Salud, deberán otorgar los beneficios contratados por los afiliados hasta la fecha de vencimiento del contrato, tras lo cual estas pólizas no podrán ser renovadas.

PÁRRAFO: Las ARS que tienen contratos vigentes con las Compañías de Seguro que ofrecen las coberturas de Planes Opcionales, deberán mantener los mismos hasta su fecha de vencimiento, concluido este

Comentario (RES): Esta disposición resulta contraria al principio de seguridad jurídica y de inmutabilidad de la ley que consagra el artículo 110 de la Constitución de la República, que establece que "...en ningún caso los poderes públicos o la ley podrán afectar o alterar la seguridad jurídica derivada de situaciones establecidas conforme a una legislación anterior". También, el ceder de sistema legal, constituye una violación al principio de legalidad o juridicidad; no existe ninguna disposición en las leyes vigentes que prohíba a las ARS a ofertar coberturas adicionales no relacionadas directamente a la atención en salud en sus planes decididamente aprobados por la SISALRIL, en adición a las que se facilitan a través de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS). Esta restricción constituye una limitación al derecho a la libertad de empresa que protege la Constitución. Más aún, desde el punto de vista de los afiliados, que durante años han recibido coberturas complementarias que no constituyen prestaciones o atenciones directas de salud a través de proveedores contratados por las ARS (por ej., coberturas de últimos gastos o gastos funerarios o coberturas de vida), esto sería una reducción de coberturas y beneficios, poniendo de golpe a disposición de la misma. Invistimos que estas coberturas adicionales o complementarias, por su naturaleza, no pueden ser prestadas por los PSS, y simplemente agregan valor a favor del afiliado, con coberturas que no versan sobre la atención directa a la salud. Por lo anterior, solicitamos que se elimine esta disposición, para que las ARS puedan seguir ofertando a sus afiliados activos las coberturas complementarias que no constituyen una atención directa a la salud, a través de proveedores reconocidos, que asienten por su propia cuenta el riesgo relacionado a esas coberturas complementarias o adicionales.

Página 2 de 25

periodo las ARS no deberán ceder el pago de Primas o Tarifas per cápita a dicha Aseguradoras, quedando a cargo de las Aseguradoras la responsabilidad de asumir y administrar el riesgo de las coberturas que no corresponde a salud, a favor de los beneficiarios.

CUARTO: La Normativa aprobada mediante la presente resolución entrará en vigencia a partir del día _____ () del mes de _____ del año dos mil dieciocho (2018).

QUINTO: La presente resolución deroga y sustituye la Normativa sobre los Planes Alternativos de Salud (PAS), aprobada por esta Superintendencia mediante la Resolución Administrativa No. 00200-2014, de fecha 25 de noviembre del año 2014.

SEXTO: Esta resolución modifica cualquier otra resolución o disposición emitida por esta Superintendencia, en todos los aspectos que le sean contrarios.

SEPTIMO: ORDENA la notificación de la presente resolución a las ARS, así como su publicación en el portal web: www.sisalri.gov.do, para los fines correspondientes.

Dada en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los _____ () días del mes de _____ del año Dos Mil Diecisiete (2017).

Comentado [ERE2]: Solicitamos que se mantenga la redacción anterior, la cual establece que las ARS/SOMASA podrán ofrecer protecciones de seguros a sus afiliados, cuando las mismas sean reguladas mediante pólizas emitidas por compañías de seguros radicadas en el país, siempre que dichas pólizas cuenten con la aprobación de la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana. Esto es, ya que la Ley nom. 87-01 no limita nuestras operaciones en ese sentido, en el comentario anterior. Esto permitiría el acceso de los afiliados a servicios complementarios, que históricamente han podido disfrutar, en muchos casos de las pólizas complementarias pagadas por los empleadores. Además, insistimos en que no existe una prohibición de carga legal al respecto, y esto solo generaría una afectación incluso a situaciones jurídicas consolidadas a favor de los afiliados, y un desincentivo a que las mismas recibieran cada vez mayores coberturas para la protección de las distintas situaciones que acontecen en el día a día alrededor de la vida de las personas, y que inciden, directa o indirectamente, de una forma u otra, en la salud de la población afiliada. Favor ver el artículo 2.4 de esta normativa, que efectivamente contempla distintos tipos de coberturas a ser contratadas por las ARS con compañías de seguros habilitadas por la Superintendencia de Seguros.



BORRADOR


ASOCIACIÓN DOMINICANA DE ADMINISTRADORAS
DE RIESGOS DE SALUD, INC. (ADARS)
Santo Domingo, D.N., República Dominicana

**PROPUESTA DE NORMATIVA SOBRE LOS PLANES
ALTERNATIVOS DE SALUD**

**CAPÍTULO I
GENERALIDADES Y DEFINICIONES**

Artículo 1.- Objetivo. La presente normativa tiene el objetivo de regular los Planes Alternativos de Salud (PAS) que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) podrán comercializar con la previa aprobación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Artículo 2.- Definiciones. Los conceptos siguientes forman parte integral de la presente Normativa y se utilizarán en los procesos relativos a los Planes Alternativos de Salud (PAS) administrados por las ARS.



a. **Administradoras de Riesgos de Salud (ARS):** Son entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud (PBS) a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), tal como lo establece el Artículo 148 de la Ley 87-01. De igual forma, las ARS podrán asumir y administrar el riesgo de la provisión de salud, a través de los Planes Alternativos de Salud.

b. **Afiliado:** Es la persona suscrita en cualquiera de los Planes Alternativos de Salud que la ARS comercializa, en calidad de titular o dependiente.

c. **Beneficiario:** Es la persona que tiene la capacidad o el derecho de recibir los beneficios que resulten del acto de afiliación al PBS o a cualquiera de los Planes Alternativos de Salud.

d. **Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS):** Es la estructura que contiene de manera detallada todas las actividades, intervenciones y procedimientos que cubre el Plan Básico de Salud, al que tienen derecho todos los afiliados a los Regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado, en el cual se contempla, además, el copago, las cuotas moderadoras fijas y variables y los toques los límites de coberturas establecidos en el PBS, aprobado por el CNSS, en virtud de lo establecido en el Párrafo II del artículo 129 de la Ley No. 87-01.

e. **Cobertura Complementaria:** Es la cobertura total o parcialmente del Copago y/o las Cuotas Moderadoras (Fija/Variable) establecidas para el PBS, así como la ampliación de los límites monetarios de las coberturas que contemplan toques en el mismo que se ofrecen en los planes que operan como complementarios al PBS.

f. **Cobertura Vitalicia:** Es la cobertura ofrecida en los PAS, que aplican hasta el agotamiento de un periodo de tiempo o del tope que ofrecen en los planes, es decir, que no se renuevan anualmente.



g. **Código SIMON PAS:** Es el número único de aprobación asignado a los Planes Alternativos de Salud autorizados de manera expresa por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para comercialización por las ARS. Este código está asociado a la autorización de las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Primas Comerciales de los Planes Alternativos de Salud aprobados.

h. **Condiciones Generales:** Es el marco legal del Contrato de Aseguramiento contenitivo de los términos y condiciones que regulan la relación contractual entre la ARS y el Contratante, que cumplen con las condiciones mínimas establecidas en la legislación dominicana.

i. **Condiciones Particulares:** Son los beneficios contenidos en los Cuadros de Coberturas de los Planes Alternativos de Salud (PAS), donde se describen los procedimientos, los servicios, el copago, las Cuotas Moderadoras (Fija/Variable) y los Límites máximos de las coberturas, contratados por una Prima Comercial.

j. **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS):** Es el órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) que se encarga de la dirección y conducción del Sistema y como tal, es responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como de velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS.

k. **Contratante:** Es la persona moral o física que suscribe el Contrato de Aseguramiento con las ARS para la inscripción de los afiliados en los Planes Alternativos de Salud, a través del cual se establecen los términos y condiciones que regirán la relación contractual propia entre las partes.

l. **Contrato de Aseguramiento:** Es el documento legal utilizado para la suscripción de los beneficiarios en los Planes Alternativos de Salud (PAS), mediante el cual la ARS y el Contratante convienen los términos, condiciones y responsabilidades bajo los que se establece la relación contractual entre las partes, el cual está compuesto por las condiciones generales, las condiciones particulares (cuadro de

coberturas), los anexos, los endosos, los adendum, las enmiendas, entre otros.

m. **Contrato de Gestión:** Es el documento legal regulado y aprobado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) que rige la relación entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) para la provisión de las coberturas contempladas en los Planes Alternativos de Salud (PAS).

n. **Copago:** Es el aporte en dinero que hace el afiliado al adquirir los medicamentos ambulatorios cubiertos en el Plan Básico de Salud, y cuya finalidad es contribuir al pago del precio de esta partida.

o. **Cuota Moderadora Fija:** Es el aporte en dinero que hace el afiliado al utilizar un servicio contenido en el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS), equivalente a una parte del total de este servicio.

p. **Cuota Moderadora Variable:** Es el aporte en dinero que hace el afiliado al utilizar un servicio, equivalente a un porcentaje del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud (PBS).

q. **Esquemas:** Son las estructuras creadas por la SISALRIL con la finalidad de que las ARS tengan a disposición un formulario estándar, a través del cual puedan crear los archivos a enviar con las informaciones correspondientes a los afiliados en los Planes Alternativos de Salud (PAS).

r. **Exclusiones:** Prestaciones, productos o servicios que no forma parte de las coberturas descritas en el Plan Alternativo de Salud contratado por el afiliado.

s. **Ley:** Es la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 09 de mayo del año 2001.

t. **Manejador de Riesgos Internacionales:** Es la entidad internacional que se encarga de la articulación de la red de Prestadores de Servicios de Salud en el exterior de país, que tiene experiencia y capacidad para administrar todo o parte del proceso de reclamo de los servicios demandados por los afiliados en el exterior.



u. **Periodos de Espera o Carencia:** Plazo de tiempo establecido por contrato que debe transcurrir desde la fecha en que se contrata las coberturas hasta el momento en que se haga efectivo el derecho a recibir las mismas. Los plazos de espera o periodos de carencia pueden variar dependiendo del tipo de servicio y del producto contratado.

v. **Plan Básico de Salud (PBS):** Es el conjunto de servicios de atención en salud que tienen derecho todos los afiliados a los Regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado. Sus contenidos están definidos en el Artículo 129 de la Ley 87-01, en el Reglamento sobre el Seguro Familiar Salud y de manera específica en el Catálogo de Prestaciones aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

w. **Planes Alternativos de Salud (PAS):** Son todas aquellas coberturas de salud que constituyen modalidades no obligatorias de acceso a los servicios de salud suscritos entre la ARS y el Contratante. Los tipos de Planes que se contemplan son Planes Complementarios (PC), Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), Planes Opcionales (PO) y Planes Voluntarios (PV).

x. **Planes Complementarios (PC):** Son todos aquellos planes que constituyen modalidades alternativas no obligatorias de acceso a servicios de salud local, comercializados y administrados por la ARS y sus promotores de seguros de salud, y que no están incluidos en el PBS aprobado por el CNSS o conformado por límites adicionales o topes de cobertura no contemplados en el Plan Básico de Salud (PBS). Los servicios incluidos en estos Planes son los llamados Servicios Complementarios de Salud, entre los que podrán estar los procedimientos clínicos e intervenciones quirúrgicas y diagnósticas, los servicios tecnológicos especializados, los servicios de farmacia, hotelería adicional, prestaciones o servicios odontológicos, servicios de oftalmología y optometría, servicios de ambulancia, telemedicina, laboratorios clínicos y otros servicios y prestaciones ofrecidos por los Prestadores de Servicios de Salud (PSS), de conformidad con la Resolución del CNSS No. 157-03, de fecha 8 de marzo del año 2007.



y. **Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP):** Son todos aquellos paquetes de coberturas de salud ofrecidas de manera individual y/o colectiva, diseñados y administrados por las ARS, con el objetivo de suplir coberturas adaptadas a los requerimientos de cada afiliado o empleador, para ser brindadas totalmente en el exterior del país. Estos planes podrán ser contratados por los afiliados en la ARS de su preferencia, siempre que esta los ofrezca.

z. **Planes Voluntarios (PV):** Son todos aquellos paquetes de coberturas de salud ofrecidas de manera individual y/o colectiva en el territorio nacional, diseñados y administrados por las ARS, con el objetivo de suplir coberturas de salud en el país, a favor de las personas o núcleos familiares que no cotizan al SDSS.

aa. **Prestadores de Servicios de Salud (PSS):** Todo aquel profesional de la salud legalmente facultado o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios, diagnósticos, farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo a la Ley 42-01, contratada por la ARS y cuya actividad principal sea proveer servicios de salud a los afiliados.

bb. **Preexistencia:** Condición de la salud que posee el afiliado previo a la contratación de los Planes Alternativos de Salud, que puede formar parte de las exclusiones o de los periodos de carencia establecidos en las cláusulas de los contratos.

cc. **Seguro Familiar de Salud (SFS):** Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros, reconocimientos y prestaciones en dinero y especie que el Sistema Dominicano de Seguridad Social brinda a los afiliados, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica, derivada de su incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

dd. **Servicios Complementarios:** Son aquellos servicios, actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud o que se ofrecen en condiciones diferentes o adicionales de hotelería, comodidad, tecnología o cualquier otra

Comentario [ERE3]: Solicitamos que se mantenga la definición vigente a la fecha, puesto que los PEMP usualmente son contratados con coberturas locales e internacionales. Esta definición obligaría a que quienes operen en una misma póliza, bajo un mismo plan, coberturas de salud en territorio nacional y en el exterior, tengan que contratar dos planes distintos e individuales, lo que carece de practicidad y lógica, y constituiría una travesía a los derechos de los afiliados que durante años han disfrutado de planes con cobertura dual. Adicionalmente, no existe un bastión técnico para imponer esta limitación a los planes de las ARS con cobertura dual.

Comentario [ERE4]: De esta nueva redacción parecería que los PEMP solo pueden ser contratados por los afiliados al Régimen Contributivo del SDSS, quedando excluidos de la posibilidad de adquirir un plan de medicina prepagada los no cotizantes. Incluso, la redacción propuesta impediría que un no cotizante o no afiliado a la Seguridad Social pueda adquirir planes con cobertura internacional ofertados por una ARS. De modo que solicitamos que se considere una modificación del texto propuesto, para que los no afiliados o no cotizantes puedan contratar sin ninguna limitación PMP con cobertura local e internacional, indistintamente.

Comentario [ERE5]: También debe contemplarse en la normativa la posibilidad de que los afiliados al FDS en una ARS X puedan contratar en otra un plan alternativo, sea con cobertura local, internacional o dual.



característica de atención, contratados, prestados y pagados en forma directa a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS).

ee. **Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS):** Es el marco de protección social para regular y desarrollar los deberes y derechos recíprocos del Estado y los ciudadanos en lo referente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, lactancia, estancias infantiles y riesgos laborales. Este sistema comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de Seguridad Social en la República Dominicana.

ff. **Sistema de Información y Gestión de Planes Alternativos de Salud (SIGEP):** Es un software diseñado para automatizar el proceso de registro, evaluación y aprobación de los Planes Alternativos de Salud (PAS) sometidos por la ARS. Esta interface permite simplificar el trámite para el registro de los Planes Alternativos de Salud en la SISALRIL, garantizando que la documentación asociada al sometimiento de los mismos sea enviada por la ARS/SeNaSa en la versión y en el formato establecido. Asimismo, permite que la ARS/SeNaSa logren visualizar a través de la Oficina Virtual (OV) de esta Superintendencia las etapas y los resultados del proceso de evaluación de la documentación de los planes sometidos.

gg. **Solicitante:** Es la persona interesada en recibir los beneficios de los Planes Alternativos de Salud, el cual podrá ser elegible por la ARS de acuerdo con sus políticas de suscripción y conforme a las disposiciones establecidas en la presente Normativa.

hh. **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL):** Es una entidad estatal autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano ejerce a cabalidad la función de velar por el estricto cumplimiento de la Ley 87-01 y sus normas complementarias, de proteger los intereses de los afiliados, de vigilar la solvencia financiera de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), de supervisar el pago puntual a dichas Administradoras y de éstas a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud.



ii. **Tipo de coberturas:** Son las categorías de las coberturas otorgadas en los Planes Alternativos de Salud a través de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) o respaldados por Compañías de Seguros, con el objetivo de ofrecer coberturas incluidas o no en el PDSS o en cualquier otro Plan Alternativo de Salud, tanto dentro como fuera de la Red de PSS contratada, tales como: Paquete y Opcional.

CAPÍTULO II OBLIGACIONES DE LAS ARS PARA COMERCIALIZAR LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 3.- Para comercializar los Planes Alternativos de Salud (PAS) las ARS deben cumplir con los requisitos siguientes:

1. Estar habilitada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), mediante Resolución Administrativa.
2. Contar con la aprobación expresa de la SISALRIL, mediante la asignación de un código SIMON, para comercializar cada uno de los Planes Alternativos de Salud autorizados.
3. Tener la capacidad administrativa para ofrecer a los afiliados los Planes Alternativos de Salud que desea comercializar atendiendo al alcance de la población objetivo y la estructura del plan ofrecido.

Párrafo I: Es responsabilidad de las ARS verificar si las personas que solicitan los Planes Alternativos de Salud (PAS) están afiliadas al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), a fin suscribir en los Planes Complementarios a los afiliados del PDSS en su ARS en el Régimen Contributivo, de conformidad con las disposiciones contempladas en el artículo 133 de la Ley 87-01, de fecha 9 de mayo 2001 y la Resolución No. 157-03, de fecha 19 de marzo del año 2007, dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Párrafo II: Es responsabilidad de las ARS verificar si las personas que solicitan los Planes Alternativos de Salud (PAS) están afiliadas al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), a fin suscribir



en los Planes Especiales de Medicina Prepagada a los afiliados del PDSS en el Régimen Contributivo, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa No. 110-2007, de fecha 30 de marzo del año 2007, dictada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Párrafo III: Es responsabilidad de las ARS verificar si las personas que solicitan los Planes Alternativos de Salud (PAS) no estén afiliadas al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), a fin suscribir en los Planes Voluntarios de manera exclusiva a las personas que no cotizan al SDSS, a través de los Regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado conforme a lo dispuesto en la presente normativa, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa No. 110-2007, de fecha 30 de marzo del año 2007, dictada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Comentario (EREG): Debe quedar claro que esta verificación solo puede ser realizada por la ARS al momento en que la persona solicita y contrata un PAS, y no con posterioridad a ello.

Párrafo IV: Las ARS de AUTOGESTION sólo podrán ofrecer Planes Complementarios a los empleados de la institución o miembros del gremio para el cual fue habilitada la ARS, así como sus dependientes, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa de la SISALRIL No. 141-07, de fecha 12 de octubre del año 2007. También podrán ofrecer Planes Voluntarios para los miembros del gremio o de la Institución que hayan sido Pensionados, siempre que no estén afiliados en algún régimen habilitado.

4. Administrar el riesgo de la cobertura de salud de los afiliados en los Planes Alternativos de Salud, sobre la base de la oportunidad y costo eficiente de los tratamientos y servicios médicos de la red de Proveedores de Servicios de Salud, manteniendo la capacidad técnica y financiera para administrar los mismos.

5. Reportar mensualmente la información de los afiliados cargados en los Planes Alternativos de Salud aprobados, a través de los esquemas correspondientes, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa No. 00194-03, de fecha 18 de junio del año 2013, dictada por la SISALRIL.



6. Reportar mensualmente la red de Prestadores de Servicios de Salud contratada para otorgar las coberturas ofrecidas en los Planes Alternativos de Salud, a través de los esquemas correspondientes, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa No. 00194-03, de fecha 18 de junio del año 2013, dictada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

7. Mantener una efectiva solvencia financiera y administrativa que le permita cumplir con los compromisos adquiridos frente a los afiliados y los Prestadores de Servicios de Salud. Para estos efectos, las ARS deben:

a. Acreditar mensualmente un margen de solvencia, tomando como base el valor promedio mensual de las Primas Comerciales de los Planes Alternativos de Salud, por el número de afiliados durante el período inmediatamente anterior a la liquidación del margen de solvencia, de conformidad con las disposiciones contempladas en el Reglamento para la Organización y Regulación de las ARS.

b. Crear mensualmente las Reservas Técnicas, tomando como base el valor promedio mensual de las Primas Comerciales de los Planes Alternativos de Salud, por el número de afiliados durante el período inmediatamente anterior a la liquidación de estas Reservas, de conformidad con las disposiciones contempladas en la Resolución Administrativa No. 00163-2009, de fecha 02 de febrero del año 2009, dictada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

CAPITULO III

REQUISITOS PARA SOMETER A LA SISALRIL LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 4.- Para someter a evaluación de la SISALRIL los Planes Alternativos de Salud (PAS) que las ARS deseen comercializar, deben seguir los pasos indicados en el Procedimiento de Evaluación de Planes Alternativos, disponible en la Oficina Virtual de la SISALRIL.

Párrafo I: Cuando se trate de la modificación a las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares en los Planes Alternativos de



Salud (PAS) previamente aprobados por la SISALRIL, debe ser nuevamente sometida a evaluación, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo. Estas modificaciones no deben ser aplicadas, ni comercializadas, hasta tanto la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales le otorgue la aprobación, mediante la asignación de los nuevos códigos SIMON para cada uno de los Planes Alternativos de Salud.

Párrafo II: Todo ajuste de las primas comerciales en los Planes Alternativos de Salud (PAS), previamente aprobados por la SISALRIL, como consecuencia de las variaciones en las condiciones económicas y fluctuaciones del mercado, debe ser sometido a evaluación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo. Las primas comerciales de estos Planes Alternativos de Salud solo podrán ser incrementadas, siempre que la siniestralidad de los planes supere los porcentajes estimados para el margen de seguridad y la inflación. Estos ajustes no deben ser aplicadas, ni comercializadas, hasta tanto la Superintendencia le otorgue la aprobación, mediante la asignación de los nuevos códigos SIMON para cada uno de los Planes Alternativos de Salud sometidos para ajuste de primas comerciales.

Párrafo III: Cuando el CNSS disponga ampliaciones o incrementos en el Plan Básico de Salud (PBS) que se solapen con las coberturas complementarias ofrecidas en los Planes Alternativos de Salud aprobados, las ARS deben adecuar los Planes Alternativos de Salud previamente aprobados y someter a la SISALRIL los mismos, para fines de evaluación, registro y aprobación, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo. Estos Planes Alternativos de Salud deben ser remitidos a la SISALRIL en un plazo de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de emisión de la Resolución del CNSS que establezca la nueva cobertura.

CAPÍTULO IV ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

Artículo 5.- Estructura de los Planes Complementarios (PC). Para estructurar estos planes, las ARS deben considerar las siguientes condiciones:

Comentado [ERE7]: Solicitamos que se establezca un plazo razonable para la SISALRIL dar respuesta al sometimiento de PAS por parte de las ARS (proponemos 15 días hábiles contados a partir del depósito de la solicitud), incluso contemplando que opere un silencio administrativo positivo en caso de que en dicho plazo no haya respuesta por parte del regulador.

Comentado [ERE8]: Solicitamos que se contemplen otras variables para permitir en el incremento de las primas comerciales de los PAS, incluyendo la actualización de mortalidad.

Comentado [ERE9]: Por un tema de operatividad, y para evitar distorsiones financieras en los planes, solicitamos que se establezca un plazo razonable para la SISALRIL dar respuesta a los ajustes de primas comerciales de PAS solicitados por parte de las ARS (proponemos 15 días hábiles contados a partir del depósito de la solicitud), incluso contemplando que opere un silencio administrativo positivo en caso de que en dicho plazo no haya respuesta por parte del regulador. Además, en el caso de ajuste de primas, debería contemplarse que las ARS solo deban aportar al expediente administrativo que se inicia con motivo de su solicitud la documentación e información que sea distinta a la que dio lugar a la aprobación del plan de que se trate, que reposa en los archivos del regulador.

Comentado [ERE10]: Solicitamos que se establezca un plazo razonable para la SISALRIL dar respuesta a estos ajustes solicitados por parte de las ARS (proponemos 15 días hábiles contados a partir del depósito de la solicitud), incluso contemplando que opere un silencio administrativo positivo en caso de que en dicho plazo no haya respuesta por parte del regulador.

1. Ofrecer Servicios Complementarios no incluidos en el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS). También podrán ofrecer Coberturas Complementarias al PBS, cubriendo total o parcialmente el Copago, la Cuota Moderadora Variable y Cuota Moderadora Fija establecidas para el PBS, ampliando los límites monetarios de ciertas coberturas que contempla el mismo.

2. Contratar la red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) para garantizar las prestaciones de las coberturas ofrecidas en estos planes.

Párrafo: La Red de PSS contratada para los Planes Complementarios, también debe ser contratada para otorgar las prestaciones del PBS (debe ser la misma que se contrate para otorgar el PBS). Siempre que se trate de un prestador especializado todo el reclamo debe ser cargado al Plan Complementario.

3. Podrán ofrecer coberturas por reembolso a los afiliados en los Planes Complementarios (PC), para las reclamaciones requeridas fuera de la red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) contratadas, siempre que el PBS no contemple reembolso para ese servicio.

Comentado [ERE11]: El PBS no contempla coberturas por reembolso en ninguna de sus prestaciones.

Artículo 6.- Prohibiciones en los Planes Complementarios. - Las ARS no deben contemplar en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares de estos planes los siguientes aspectos:

a. Coberturas Complementarias de procedimientos, servicios, medicamentos, copagos, cuota moderadora, límites máximos de cobertura y condiciones de otorgamiento ya cubiertos por el Plan Básico de Salud (PBS).

b. Periodos de Espera/Carencia superiores a la vigencia del Contrato de Aseguramiento o al pasar de un plan a otro dentro de la misma ARS.

c. Negaciones de cobertura por preexistencia en estos planes o ante un cambio de plan en una misma ARS.

Comentado [ERE12]: Cualquier seguro de salud distinto al PBS/PSS tiene necesariamente que contemplar temas de preexistencia al momento de la contratación de un seguro no obligatorio, de carácter complementario, para garantizar la sostenibilidad de las ARS. Los planes complementarios son de carácter no obligatorio tanto para los afiliados como para las ARS. Mantener esta redacción puede constituir un incentivo en detrimento de la estabilidad y sostenibilidad, puesto que al prohibirse la revisión de preexistencias al momento de la contratación, los afiliados solo contratarían estos planes al momento de una necesidad particular de salud, pudiendo luego cancelar el mismo (por ej., embrazos, enfermedades catastróficas y de alto costo). Por ello, solicitamos que se elimine la prohibición en los planes complementarios de revisar preexistencias.

Página 17 de 28

d. Coberturas vitalicias para los beneficios ofrecidos en estos planes.

CAPÍTULO V ESTRUCTURA Y COMPOSICION DE LOS PLANES ESPECIALES DE MEDICINA PREPAGADA

Artículo 7.- Estructura de los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP). Para estructurar estos Planes las ARS deben considerar las siguientes condiciones:

1. Ofrecer cobertura en salud, exclusivamente en el exterior del país.

Párrafo: La cobertura en el exterior del país debe ser como mínimo el equivalente al monto establecido para las Atenciones de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad del Plan Básico de Salud (PBS) vigente.

2. Contratar una red de Prestadores de Servicios de Salud con acceso directo a especialistas y/o subespecialistas internacionales.

Párrafo I: La red de Prestadores de Servicios de Salud debe ser contratada a través de un Manejador de Riesgos Internacionales o de manera directa entre la ARS y la PSS internacional.

Párrafo II: En los casos de prestaciones otorgadas fuera de la red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) contratada, que estén amparadas por los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP), las mismas podrán ser cubiertas por reembolso a los afiliados.

Artículo 8.- Prohibiciones en los Planes Especiales de Medicina Prepagada (PEMP). Las ARS no deben contemplar en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares de estos planes, siempre que los mismos operan como complementarios al PBS, los siguientes aspectos:

Comentado [ERE13]: Ver comentarios a los literales a) y c) del artículo 2 de esta propuesta normativa. Debe permitirse que los afiliados al PBS puedan tener cobertura complementaria local e internacional (dual) en un solo plan.

Comentado [ERE14]: Solicitamos revisar esta redacción, puesto que por definición dada por esta misma propuesta normativa, los PEMP son planes con cobertura en el exterior, y no tiene un carácter complementario, por lo que no tiene ninguna relación o vínculo con el PBS/PSS.

Página 18 de 28

a. Coberturas Complementarias de procedimientos, servicios, medicamentos, copagos, cuota moderadora, límites máximos de cobertura y condiciones de otorgamiento ya cubiertos por el Plan Básico de Salud (PBS).

Comentario [ERE15]: Solicitamos revisar esta redacción, ajustada a la definición de FEMP. El PBS no tiene ninguna cobertura en el exterior.

b. Periodos de Espera/Carencia superiores a la vigencia del Contrato de Aseguramiento o al pasar de un plan a otro dentro de la misma ARS.

c. Negaciones de cobertura por preexistencia en estos planes o ante un cambio de plan en una misma ARS.

Comentario [ERE16]: Cualquier seguro de salud distinto al PBS/PDS (especialmente de salud internacional) tiene necesariamente que contemplar temas de preexistencia al momento de la contratación de un seguro no obligatorio, de carácter voluntario, pero garantizar la sostenibilidad de los ARS. Los planes voluntarios son de carácter no voluntario tanto para los afiliados como para las ARS. Mantener esta redacción puede constituir un incentivo en detrimento de la estabilidad y sostenibilidad, puesto que de prohibirse la revisión de preexistencias al momento de la contratación, los afiliados solo contratarían estos planes al momento de una necesidad particular de salud, pudiendo luego cancelar el mismo (por ej., embarazos, enfermedades catastróficas y de alto costo). Por ello, por la lógica de operación del aseguramiento en salud, solicitamos que se elimine la prohibición en los FEMP de revisar preexistencias.

d. Ofrecer cobertura exclusivamente por el mecanismo de reembolso.

e. Coberturas vitalicias para los beneficios ofrecidos en estos planes.

CAPÍTULO VI

ESTRUCTURA Y COMPOSICION DE LOS PLANES VOLUNTARIOS

Artículo 9.- Estructura de los Planes Voluntarios (PV). Para estructurar los Planes Voluntarios (PV), las ARS deben considerar las siguientes condiciones:

1. Homologar en su Sistema de Reclamaciones los procedimientos y servicios ofrecidos en los Planes Voluntarios (PV) con los establecidos en el Catálogo de Prestaciones del PBS, siempre que los servicios estén contenidos en dicho catálogo.
2. Contratar la red de Prestadores de Servicios de Salud con acceso directo a especialistas y/o subespecialistas.
3. Podrán ofrecer coberturas por reembolso para las reclamaciones requeridas fuera de la red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) contratadas.

Comentario [ERE17]: Por la definición y naturaleza de los PV, dirigidos a no cotizantes o no afiliados del SSS, no entendemos por qué deben homologarse con el PBS, puesto que se construyen con coberturas que no tienen por qué sujetarse al catálogo, sino que se establecen atendiendo a las necesidades del mercado.

Artículo 10.- Prohibiciones en los Planes Voluntarios (PV). Las ARS no deben contemplar en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares de estos planes los aspectos siguientes:

a. Periodos de Espera/Carencia superiores a la vigencia del Contrato de Aseguramiento o al pasar de un plan a otro dentro de la misma ARS.

a. Exclusiones Temporales en las que no se reconozca la continuidad de la cobertura.

CAPÍTULO VII DE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL DE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 11.- Contrato de Aseguramiento entre ARS y Contratante. Este contrato de aseguramiento debe estar redactado en forma clara, legible, en idioma castellano y de fácil comprensión para los usuarios, contentivo de las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, de acuerdo con los tipos de Planes Alternativos de Salud, según lo establecido en la presente normativa. Estos documentos deben contener los detalles siguientes:

1. **Título.** El título del contrato para la suscripción de los beneficiarios en los diferentes Planes Alternativos de Salud (PAS) debe expresar: *"Contrato de Aseguramiento para Planes Alternativos de Salud (o especificar el tipo de plan) Condiciones Generales –Modalidad (Individual o Colectivo)"*.

2. **Generales.** Las generales de las partes que intervienen en los Contratos de Aseguramiento deben contener: a) Para la ARS: nombre comercial o razón social, domicilio social, registro nacional de contribuyente (RNC), Resolución de Habilitación emitida por la SISALRIL y el nombre del representante de la ARS, indicando el cargo, número de cédula o pasaporte, el estado civil y la nacionalidad del mismo; y b) Para el Contratante: Si se trata de una persona moral, nombre comercial o razón social, RNC, domicilio social, representante legal y datos generales del mismo; si se trata de una persona física: Nombre completo, nacionalidad, cédula de identidad y domicilio.



3. **Glosario de Términos.** Los Contratos de Aseguramiento deben contener un glosario con la definición de los términos utilizados en el mismo, con el fin de lograr una mejor interpretación y aplicación de las disposiciones pactadas entre las partes. Estas definiciones deben estar ajustadas a las establecidas en la presente normativa.

4. **Obligaciones de las partes.** Los Contratos de Aseguramiento deben contener las obligaciones entre las partes, a saber,

Las ARS deben: a) cubrir procedimientos y servicios de acuerdo con las Condiciones Particulares contratadas; b) entregar carnet a los afiliados y mantener confidencialidad de las informaciones de los afiliados;

Los Afiliados deben: a) hacer uso racional del servicio; b) efectuar el pago de las primas a la ARS (precio/tarifa) correspondientes y en la modalidad/periodicidad convenida entre las partes; y c) no hacer uso abusivo ni fraudulento del carnet, y en caso de pérdida del mismo, reportarlo inmediatamente a su ARS.

5. **Descripción de las Coberturas.** Los Contratos de Aseguramiento deben contener anexo la descripción de las coberturas del Plan Alternativo de Salud, también denominadas como Condiciones Particulares, donde se especificarán los beneficios en especie (prestaciones de servicios) y en dinero (monto de cobertura y reembolsos).

6. **Condiciones de Acceso a las Coberturas.** Los Contratos de Planes Alternativos de Salud podrán contemplar exclusiones, periodos de espera/carencia, las sanciones por incumplimiento de pago (mora), las causas de suspensión de los servicios y las causas de terminación o rescisión de los contratos, según la presente normativa.

7. **Terminación o Rescisión de los Contratos.** Los Contratos de Planes Alternativos de Salud deben establecer las causas de la rescisión contractual. Se prohíbe la terminación en forma unilateral



por parte de la ARS de la relación contractual con sus afiliados, siempre que el Contratante garantice el pago de la cotización correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el afiliado ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que les ofrecen los Planes Alternativos de Salud (PAS) en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del afiliado entre otras, las siguientes:

- a. Solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;
- b. Solicitar u obtener la prestación de servicios a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;
- c. Suministrar a la ARS y a la PSS en forma deliberada información falsa o engañosa; y
- d. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios de los Planes Alternativos de Salud o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de copago y/o cuotas moderadoras.

8. **Afiliación de los Recién Nacidos.** Todo recién nacido tiene la vocación de afiliado a los Planes Alternativos de Salud, siempre que cuente con un documento probatorio de identidad. En particular, para la afiliación en los Planes Complementarios el recién nacido debe contar de forma obligatoria con su propio registro de afiliación al SDSS para recibir los servicios de la ARS.

9. **Cambio de Tipo de Plan por muerte del Titular.** Los Contratos de Aseguramiento deben establecer que ante la muerte del afiliado (titular), sus dependientes tendrán un plazo de treinta (30) días para contratar Planes Alternativos de Salud individual o colectivo en condiciones similares, respetando la continuidad de cobertura.

10. **Cambio de Tipo de Plan por cese de Pago de Prima, a través de su Empleador.** Los Contratos de Aseguramiento deben establecer que, ante la ausencia de pago de la Prima Comercial, por parte del empleador, los afiliados tendrán un plazo de treinta (30) días para contratar otros Planes Alternativos de Salud individual o

Comentado [ERE18]: Al tratarse de planes voluntarios, que no guardan ninguna relación con el SDSS, debe mantenerse la naturaleza de la voluntad de las partes, su libertad de contratar, puesto que estos planes no tienen carácter obligatorio. Esto coincide con diversas disposiciones sobre libertad de contratar de la Constitución y del Código Civil. Por ello, solicitamos que se mantenga la libertad de las partes de terminar unilateralmente el contrato, bajo los mecanismos contractuales que sean establecidos.

Comentado [ERE19]: Solicitamos que se considere qué pasará con las coberturas que puede recibir el recién nacido en lo que se genera su propio registro de afiliación al SDSS.



colectiva en condiciones similares en cuanto a coberturas, para ellos y sus dependientes, respetando la continuidad de cobertura. Ante el cambio de plan debe ser garantizada la cobertura del afiliado y sus dependientes, en igual o mejores condiciones que el plan original.

11. **Anexos Obligatorios a los Contratos.** Los Contratos de Aseguramiento de los Planes Alternativos de Salud, denominados como condiciones generales, suscritos entre las ARS y el Contratante deben contener anexos, los documentos siguientes:

- a. Condiciones Particulares de los Planes Alternativos de Salud (PAS);
- b. Tarifas o Guías de Precios de las coberturas contratadas;
- c. Red de Prestadores de Servicios de Salud contratada; y
- d. Cualquier otra documentación que sustente lo convenido entre las partes, tales como: endosos, enmiendas, entre otros documentos.

Comentario (ERE10): Solicitamos que se elimine como anexo de las condiciones generales las tarifas o guías de precios de las coberturas contratadas, por la variabilidad en el tiempo de las mismas.

12. **Duración de los Contratos de Aseguramiento.** Los Contratos de Aseguramiento deben ser establecidos por un período de un (1) año. En caso de darse la tácita reconducción o renovación automática, esta cláusula debe estar expresamente integrada al texto del contrato y sólo bastará con el pago de la prima comercial acordada para que dicha renovación se haga efectiva.

13. **Enmiendas a los Contratos.** Los Contratos de Aseguramiento deben establecer que cualquier modificación al mismo, se efectuará de común acuerdo entre las partes y por escrito, donde se haga constar a partir de qué momento se implementará la modificación, salvo disposiciones de carácter legal.

14. **Elección de Domicilio y Notificaciones.** Los Contratos de Aseguramiento deben establecer que el domicilio social elegido por las partes para la notificación de documentos con fines legales, es el que figura en las generales del convenio.

15. **Solución de Conflictos de los Contratos de Aseguramiento.** Los Contratos de Aseguramiento deben establecer que toda diferencia, controversia o conflicto que surja en la ejecución de los Contratos de Aseguramiento entre la ARS y el



Contratante, será sometida en primera instancia a la SISALRIL, tal como lo establecen los artículo 176, literal i) y 178 literal j) de la Ley 87-01, los cual podrán seguir el curso normal de grados de jurisdicción establecidos por la Ley 87-01, sus normas complementarias y la Ley No. 107-13 de Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo.

16. **Contrato de Aseguramiento Aprobado.** Los Contratos de Aseguramiento que han sido previamente sometidos y aprobados por la SISALRIL, deben indicar en el pie de página la siguiente leyenda "Aprobado por la SISALRIL mediante oficio No. ____", cuyo número debe corresponder al notificado en la comunicación mediante el que recibió la autorización de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, para comercializar las Condiciones Particulares bajo dicho Contrato.

Artículo 12.- Contratos de Gestión entre ARS y PSS especializadas. Los Contratos con Proveedores de Servicios de Salud especializados deben estar redactados en forma clara, legible, en idioma castellano y de fácil comprensión para la ARS y la PSS, de acuerdo con los requerimientos contenidos en la Normativa sobre los Contratos de Gestión entre ARS/ARL y PSS. Estos convenios son establecidos bajo la modalidad de pago por capitación, para otorgar las coberturas de los planes, también deben ser remitidos por las ARS a la SISALRIL.

Comentado (ERE21): Solicitamos reconsiderar esta relación, puesto que las ARS tiene la libertad de contratar con los PSS bajo distintas modalidades.

CAPÍTULO VIII PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACION DE LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 13.- La ruta crítica para la evaluación de los Planes Alternativos de Salud (PAS) de las ARS es la siguiente:

1. Las ARS deben someter para evaluación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales los Planes Alternativos de Salud que deseen comercializar, a través del Sistema de Información y Gestión de Planes Alternativos de Salud (SIGEP), disponible en la Oficina Virtual - SISALRIL.



Párrafo: La documentación de los Planes Alternativos de Salud que no cumpla con los requisitos para aprobación, será devuelta con las observaciones correspondientes, debiendo la ARS remitir nuevamente su solicitud con la documentación completa, a través del SIGEP.

2. La SISALRIL solo evaluará la documentación de los Planes Alternativos de Salud (PAS) sometidos de acuerdo con lo establecido en el "Manual de Registro de Planes Alternativos de Salud y su documentación".

Párrafo: Los Planes Alternativos de Salud que no califiquen para ser aprobados serán rechazados mediante oficio de la SISALRIL, debiendo la ARS remitir toda la documentación nuevamente, a través del Sistema de Información y Gestión de Planes Alternativos de Salud (SIGEP), conforme a las observaciones realizadas por la SISALRIL.

3. Los Planes Alternativos de Salud (PAS) sometidos por las ARS a la SISALRIL serán aprobados, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en la Ley 87-01, sus normas complementarias vigentes y la presente normativa.

Párrafo I: Los Planes Alternativos de Salud (PAS) aprobados y notificados a la ARS de manera expresa mediante oficio, serán registrados en el Sistema de Información y Monitoreo Nacional (SIMON) de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y publicados en la Página Web de la SISALRIL.

Párrafo II: Las modificaciones en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de los Planes Alternativos de Salud, así como en las Primas Comerciales previamente aprobadas por la SISALRIL, deben ser aplicadas por las ARS a la SISALRIL del modo siguiente:

- a. De manera inmediata, para los afiliados de nuevo ingreso, a partir de la fecha de recepción del oficio en que la SISALRIL emita la aprobación.



b. Al término de la vigencia del año contractual, para los afiliados que mantiene contratos vigentes a la fecha de recepción del oficio en que la SISALRIL emita la aprobación.

CAPÍTULO IX DE LAS AUDITORIAS TÉCNICAS A LOS PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

Artículo 14.- La SISALRIL, como ente regulador y representante del Estado, tiene la responsabilidad de realizar auditorías a los Planes Alternativos de Salud (PAS) en la periodicidad que considere necesaria. Estas auditorías tendrán en cuenta, los aspectos siguientes:

1. Se realizarán con previa notificación a las ARS.
2. Se efectuarán a través de comisiones técnicas, que auditarán los Planes Alternativos de Salud (PAS) en cualquiera de los aspectos que considere necesarios, tales como: Cantidad de Afiliados, Prima Comercial, Coberturas, Autorizaciones, Facturaciones, Cuentas y Contratos.
3. Los hallazgos encontrados serán comunicados mediante oficio, a fin de que las ARS introduzcan las correcciones de lugar.
4. Las ARS deberán suministrar a los auditores de la SISALRIL toda la documentación que les requieran al momento de realizar la inspección de los Planes Alternativos de Salud (PAS).

CAPÍTULO X INFRACCIONES

Artículo 15.- Son pasibles de sanción, de conformidad con las disposiciones del Reglamento sobre Infracciones y Sanciones al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales, las ARS que, a partir de la publicación de la presente normativa, incurran en las infracciones siguientes:

Comentado [BRE22]: Como señalamos en comentarios anteriores, solicitamos que se contemple un plazo para que la SISALRIL decida sobre estas solicitudes, operando en caso de que no exista una respuesta un silencio administrativo positivo, como contempla en la actualidad el literal d) del párrafo 1 del artículo 32 de la norma vigente. Este plazo también debe operar cuando las ARS respondan a cualquier requerimiento adicional realizado por el regulador.



1. Comercializar Planes Alternativos de Salud (PAS) o las modificaciones a dichos planes sin la aprobación expresa de la SISALRIL.
2. Comercializar coberturas contempladas en el PBS a través de los Planes Complementarios.
3. Comercializar Planes Voluntarios (PV) a los afiliados que cotizan al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).
4. Negar cobertura por los Planes Alternativos de Salud (PAS), estando el afiliado al día con el pago de la Prima Comercial, salvo en los casos en que el afiliado haya usado o intentado utilizar los beneficios que les ofrecen los Planes Alternativos de Salud (PAS) de forma abusiva o de mala fe, conforme a lo establecido en el artículo 11, párrafo IV de la presente normativa.
5. Terminar en forma unilateral la relación contractual con los afiliados a los Planes Alternativos de Salud por las razones de edad, sexo, estereotipos, condición social o cualquier otra característica que lesione su condición humana, conforme a lo establecido en la Ley 87-01 y sus normas complementarias vigentes.

Comentado [ERE23]: La validación de afiliación al SDSS solo puede ser realizada por las ARS al momento en que el interesado solicita la contratación de un PV, y no luego de ello, durante la vigencia del contrato.

Comentado [ERE24]: Estos planes, en todo el mundo, por su naturaleza, pueden incluir restricciones en cuanto a las coberturas no solo por el pago de la prima acordada, sino también por la materialización de situaciones, períodos de carencia o exclusiones expresamente contempladas en el contrato.

Comentado [ERE25]: El régimen sancionador debe ser idéntico con el ordenamiento jurídico vigente, y con el derecho constitucional y administrativo. Existe una reserva de ley dispuesta por la Constitución de la República para la determinación de las infracciones administrativas, lo que es desarrollado también por la Ley núm. 107-13. De esta modo, por vía de normativa infralegal, no pueden establecerse nuevos tipos administrativos. Ver art. 40.13 de la Constitución de la República y art. 39 de la Ley núm. 107-13.

Comentado [ERE26]: Esta disposición es muy amplia, y se presta a ambigüedades. Solicitamos eliminar la parte resaltada, pues carece de certeza normativa. Recordemos que se trata de planes alternativos que no están sujetos al relacionado al SDSS.

CAPÍTULO XI DISPOSICIONES VARIAS

Artículo 16.- La SISALRIL, como ente supervisor y fiscalizador de las Administradoras de Riesgos de Salud, solicitará los estudios de suficiencia técnica y financiera de los Planes Alternativos de Salud (PAS) aprobados, así como cualquier información adicional o complementaria, en relación con el contenido de las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de dichos Planes, cuando detecte alguna variación en la siniestralidad que atente contra la solvencia financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y/o los derechos de los afiliados.

Artículo 17.- La presente normativa entrará en vigencia a partir del _____, por lo que todas las propuestas de Planes Alternativos de Salud (PAS) de las ARS deben estar ajustadas a su contenido a partir de dicha fecha.

Comentado [ERE27]: Sugerimos que esta normativa entre en vigor en al menos 6 meses contados a partir de su aprobación, a los fines de que tanto las ARS como la propia Superintendencia, puedan realizar los ajustes que sean necesarios.

Página 27 de 28

BORRADOR

Página 28 de 28