

Señor
DR. JESÚS FERIS IGLESIAS
Superintendente

**SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS
LABORALES (SISALRIL)**
Su Despacho.-

Distinguido Sr. Superintendente:

Luego de saludarle, por medio de la presente remitimos nuestras observaciones al borrador de Resolución Administrativa que aprueba la nueva normativa sobre Los Planes Alternativos de Salud, publicado para fines de consulta pública en los medios de comunicación el 7 de febrero del año 2023 y notificado a las ARS mediante el Oficio SISALRIL DJ No. 2023000948 de fecha 1 de marzo del año 2023:

Al respecto, tenemos los comentarios y sugerencias siguientes:

1. En lo referente al párrafo del Artículo tercero de la resolución que indica lo siguiente: *“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 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”*, consideramos que:
 - a. La redacción del texto antes indicado es confusa y contiene contradicciones lógicas, toda vez establece que los contratos suscritos entre las ARS y las Aseguradoras de los Planes Opcionales se mantendrán vigentes hasta su vencimiento, luego, establece que a la llegada del término las ARS no deberán ceder el pago de Prima o Tarifas per cápita a la Aseguradora, sin embargo, el literal anterior dichos contratos ya no estarían vigentes o se puede seguir cobrando;
 - b. Por otra parte, en aplicación de la disposición anterior, al disponer que no se puede ceder el pago la ARS no se hará responsable de los riesgos aún cuando se establece que quedará a cargo de la Aseguradora la *responsabilidad de asumir y administrar el riesgo de las coberturas que no corresponde a salud*;
 - c. Por último, entendemos que la misma SISALRIL ha venido autorizando la comercialización de estos opcionales mediante el procedimiento que ahora busca eliminar, perjudicando a todos los afiliados que posiblemente ya no puedan cumplir con las edades máximas de asegurabilidad o de enfermedades pre existentes que a la fecha de emisión de estos opcionales no estaban presentes.
2. De conformidad con lo establecido en el artículo 3 Numeral 8vo de la Ley No. 107-13, sobre los derechos y deberes de las personas en su relación con la Administración Pública, de fecha 6 de agosto del año 2013, la administración se somete al derecho vigente en cada momento, sin que pueda variar arbitrariamente las normas jurídicas y criterios administrativos.



RECIBIDO SIN LEER
D0227283
RECIBIDO POR: JUANA PATRICIA CARAMARDIAN DE LA ROSA
2023-03-16T15:36:29.327
SISALRIL

- a. Al efecto, la SISALRIL ha dictado varias resoluciones relativas a los Planes Alternativos de Salud (PAS), citamos, Resolución No. 110-2007 de fecha 30 de marzo del año 2007, Resolución No. 00190-2012 de fecha 18 de octubre del año 2012 y, por último, la Resolución No. 00200-2014, de fecha 25 de noviembre del año 2014;
- b. Mediante el artículo 6 Literal c) de la Resolución 00190-2012 de fecha 18 de octubre del año 2012 y el artículo 5 Literal c) de la Resolución 00200-2014, de fecha 25 de noviembre del año 2014, la SISALRIL dispuso a un mismo tenor, en lo relativo al Diseño de los Planes Complementarios, lo siguiente:
 - i. *“Ofrecer coberturas opcionales/adicionales al PBS que no sean ofrecidos a través de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS). Por tanto, en las condiciones particulares y/o generales de los Planes Alternativos de Salud, no pueden figurar protecciones de seguros, tales como: Servicios de Últimos Gastos, Seguros de Vida y/o Viaje, en vista de que no está previsto dentro de la función de las ARS/SeNaSa, de acuerdo a lo establecido en el artículo 148 de la Ley 87-01. No obstante, las ARS/SeNaSa podrán ofrecer protecciones de seguros sus afiliados, cuando las mismas sean respaldadas 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, según lo establecido en los artículos 89, 90 y 92 de la Ley 146-02.”;*
- c. Que en el CONSIDERANDO Sexto (6°) de la Resolución 00200-2014, de fecha 25 de noviembre del año 2014 la SISALRIL dispuso lo siguiente: *“...luego de transcurrido dos (2) años de su implementación, hemos identificado algunos aspectos de la referida Normativa que es necesario modificar o derogar, así como otros aspectos que es necesario regular, por lo que se requiere de la aprobación de una nueva Normativa que recoja todos estos aspectos, con el objeto realizar una mejor fiscalización y supervisión de los planes complementarios, planes voluntarios y planes especiales de medicina prepagada.”;*
- d. Que la prerrogativa otorgada a las ARS para ofrecer coberturas opcionales/adicionales al PBS que no sean ofrecidos a través de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) fue debidamente aprobada por la SISALRIL en el año 2012 y ratificada en el año 2014, lo que implica que la SISALRIL debe garantizar los derechos económicos resultantes de esta decisión administrativa, toda vez que su modificación tendría serias implicaciones económicas en detrimento del sector al cual supervisa;
- e. Al tenor de lo dispuesto en el artículo 3° Numeral 4 de la precitada Ley No. 107-13, relativo al Principio de Racionalidad, el cual se entiende especialmente como la motivación y argumentación que debe servir de base a la entera actuación administrativa, la Administración debe actuar en todo momento a través de buenas decisiones administrativas que valoren objetivamente todos los intereses en juego de acuerdo con la buena gobernanza democrática; no se verifica en el proyecto de resolución argumentación que fundamente racionalmente la pertinencia o necesidad de realizar la modificación pretendida.

3. En el Artículo 2 contentivo de las definiciones, la referente a "Afiliado" debe especificar que es "en el Plan Básico de Salud". Igualmente, se debe incluir en las definiciones el concepto referente al pago de diferencias en los Planes Alternativos de Salud. En la definición de "Esquemas" se debe mejorar la redacción pues los mismos no solo se utilizan para los PAS, sino también para otros Planes. En la definición de "Planes Complementarios (PC)" se de incluir que se aplica para afiliados al Régimen Contributivo.
4. En acápite "Procedimiento para la Evaluación de los Planes Alternativos de Salud", se debe indicar el plazo en que serán atendidas las solicitudes, e igualmente favor remitir el documento "Manual de Registro de Planes Alternativos de Salud y su documentación."
5. En lo relativo a las nuevas condiciones propuestas en el Artículo 3 de la normativa para los Planes Especiales de Medicina Prepagada, Planes Voluntarios y Planes Complementarios, no tenemos ningún comentario u objeción con las condiciones a ser aplicadas a los Planes Especiales de Medicina Prepagada, sin embargo, con relación a los Planes Voluntarios y otros tipos de productos, entendemos que se debe mantener la posibilidad de que se puedan comercializar estos Planes Opcionales, a través de las ARS y siempre que este respaldados por una Aseguradora legalmente constituida en la República Dominicana y supervisada por la Superintendencia de Seguros y Fianza, en vista que al eliminar la única opción con garantía, se perjudica a los afiliados con derechos adquiridos. En consecuencia, consideramos que se debe mantener la posibilidad de que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) puedan comercializar otros planes de seguros respaldados por una aseguradora conforme a lo ya expuesto.
6. Con relación a la restricción para comercializar Planes Voluntarios, sólo para a aquellas personas que no se encuentren dentro de la seguridad social; es importante señalar que luego de carga masiva realizada por el SENASA al régimen subsidiado, hay personas que por su condición y nivel de ingreso deben pertenecer al Régimen Contributivo Subsidiado, el cual no ha iniciado y por tanto deberían estar fuera de la Seguridad Social. Por lo que solicitamos que hasta tanto no se defina esta situación estas personas, puedan tener la oportunidad de adquirir Planes Voluntarios que suplan sus necesidades de coberturas.
7. Finalmente les solicitamos remitir el flujograma con el detalle paso a paso de los procedimientos del Sistema de Información y Gestión de Planes Alternativos de Salud (SIGEP) indicado en el borrador de normativa.

Cualquier aclaración adicional sobre nuestras observaciones quedamos a la disposición,

Atentamente


Dra. Leyda M. Rivera
Gerente General

