



Fraude Desperdicio y Abuso



Objetivos

- Conocer a cabalidad las definiciones de fraude, mal uso (despilfarro) y abuso.
- Distinguir a través de ejemplos entre los tipos de conductas que se consideran fraude, mal uso y abuso.
- Conocer sobre las leyes que aplican a nuestras operaciones.
- Informar sobre las sanciones y procesos que garantizan la prevención, investigación y atención rápida ante el fraude, sobreutilización y despilfarro operacional.



Fraude

- Ejecutar o tratar de ejecutar **intencionalmente** cualquier actividad o esquema que defraude un programa de salud (ya sea por pretexto fraudulento, falsa representación o promesas), dinero o propiedad bajo la custodia de un programa de beneficios de salud según expuesto por la ley.
- Requiere que la persona tenga una **intención** de defraudar y conocimiento de que sus acciones son incorrectas con el propósito de obtener dinero o beneficios a cambio.

Desperdicio/despilfarro

- Es la sobreutilización de servicios que, directa o indirectamente, resulten en costos innecesarios para el programa de Medicare y/o Medicaid.
- El desperdicio, no requiere de acto criminal negligente. Más bien, el mal uso de recursos.

Abuso

- Acciones que directa o indirectamente resultan en costos innecesarios para el programa de Medicare y/o Medicaid.
- Pueden ser pagos incorrectos, servicios innecesarios, pagos por servicios que no cumplen con las leyes, y que intencional o no intencionalmente se manejó la información para obtenerlos.
- No requiere intención o conocimiento de que las acciones son incorrectas.

Fraude, desperdicio y abuso

¿Quiénes pueden cometer fraude, desperdicio y abuso?

- ✓ Proveedores
- ✓ Farmacias
- ✓ Agentes
- ✓ Beneficiarios
- ✓ Terceras partes
- ✓ Empleados
- ✓ Otros



Fraude, desperdicio y abuso:

Ejemplos de actividades fraudulentas más comunes:

- Facturación de servicios o procedimientos que no fueron otorgados.
- “Upcoding”/sobre codificación
- Prestación de servicios innecesarios
- Falsificación de diagnósticos
- “Kickbacks” (sobornos)
- Presión para manipular información confidencial/médica.
- Robo de identidad

Fraude, desperdicio y abuso: Ejemplos más comunes

Beneficiarios:

- Malinterpretación de información personal
- Malinterpretación de cobertura
- “Kickback” (sobornos)
- Uso inapropiado de recetas

Proveedores:

- Servicios innecesarios o en exceso de lo necesario
- Recetar u ordenar más medicamentos o laboratorios de lo necesario
- Cargo por servicios que no se prestaron
- Diagnósticos falsos
- “Upcoding” - (sobre codificación)

Leyes Anti FWA

Ley Anti-Soborno (*Anti-Kickback Statute*)

La Ley Anti-Kickback prohíbe que a sabiendas, o intencionalmente se solicite, ofrezca, reciba, o se pague una remuneración (incluyendo cualquier soborno o reembolso) por referidos para servicios que son pagados total o parcialmente por un programa de salud federal (incluyendo los programas Medicare y Medicaid).

Las penalidades por violaciones a la Ley Anti Kickback incluyen:

- Multas de hasta \$25,000 por cada violación.
- Pena de cárcel de hasta 5 años.
- Ambas.

Leyes Anti FWA

La Ley Civil de Reclamaciones Falsas (False Claims Act, FCA)

Penaliza el que cualquier persona a sabiendas, o intencionalmente:

- Conspira para violar la ley.
- Lleva a cabo cualquier acto o una falsa representación para obtener propiedad del gobierno
- Oculta, evita o disminuye una obligación de pagar al gobierno.
- Hace o utiliza un record falso en apoyo de una reclamación falsa.
- Presenta una reclamación falsa para pago o aprobación

Cualquier persona que incurra en alguna de las conductas que prohíbe la ley, es responsable de pagar el triple del daño causado al gobierno.

Leyes Anti FWA

La Ley de Fraude en el Cuidado de la Salud (Healthcare Fraud Statute)

Establece que constituye una violación a la ley que cualquier persona que, a sabiendas, o intencionalmente, ejecute o intente ejecutar un esquema para defraudar cualquier programa de beneficios de salud.

Esta ley no requiere intención específica, y quienes incurran en la conducta antes descrita se exponen a multas y pena de cárcel.

Leyes Anti FWA

Ley Criminal de Fraude al Cuidado de la Salud (Criminal Health Care Fraud)

Dispone que cualquier persona que haga una reclamación falsa se expone a:

- Multas de hasta \$250,000
- Pena de cárcel de hasta 20 años
- Ambas

Leyes Anti FWA

La Ley Stark (Physician Self-Referral Law)

La Ley Stark prohíbe que un profesional de la salud haga referidos para ciertos servicios de salud en una entidad en la que dicho profesional de la salud tiene:

- Un interés como dueño o inversionista; o
- Un acuerdo de compensación (contrato), salvo ciertas excepciones.

Las penalidades bajo esta ley pueden incluir:

- Denegación de pagos.
- Obligación de reembolso de sobrepago
- Sanciones monetarias civiles por conocer las violaciones de hasta \$15,000 por violación o \$100,000 por acuerdo para esquemas de elusión
- Exclusión de participación de programas
- Responsabilidad bajo la FCA

Leyes Anti FWA

Ley Civil de Penalidades Monetarias (Civil Monetary Penalties Law)

Esta Ley le permite a la Oficina del Inspector General (OIG) la imposición de penalidades civiles por una serie de razones como:

- Facilitar la prestación de servicios o artículos por una persona o entidad excluida de la participación en algún programa federal.
- Proporcionar servicios o artículos mientras estén excluidos de participación en algún programa de salud federal.
- No conceder a la OIG el acceso oportuno a los expedientes.
- Conocer de la existencia de un sobrepago y no reportarlo y devolverlo;
- Hacer reclamaciones falsas; o
- Pagar para influir en los referidos.

Las penalidades pueden variar dependiendo de la violación específica:

- \$15,000 - \$70,000
- Pago triple de lo reclamado por cada servicio o de la remuneración ofrecida, solicitada, pagada o recibida.
- Exclusión: la OIG tiene autoridad para excluir a individuos y entidades de programas de salud financiados con fondos federales y mantiene la Lista de Individuos y Entidades Excluidas (LEIE).

Leyes Anti FWA

Denunciantes (*Whistleblowers*) en la FCA:

- Según la ley de Reclamaciones Falsas, un denunciante es una persona que reporta información o una actividad que se considera ilegal, deshonesta o viola los estándares profesionales o clínicos.
- Protecciones: las personas que reportan reclamaciones falsas o presentan algún tipo de acción legal para recuperar dinero pagado están protegidas contra represalias.
- En casos muy especiales, un denunciante pudiera ser compensado por haber presentado una acción exitosa.

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso

Farmacias

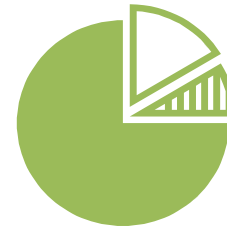
- Cobros incorrectos
- Facturar por el costo de medicamentos de marca y dispensar el genérico
- Alteración de medicamentos o venta de medicamentos expirados
- Facturar por recetas inexistentes

Terceras partes

- Robo de identidad
- Falsa representación
- Compra de información personal
- Intercambio de tarjetas o compartir beneficios

Vendedores

- Matricular en un beneficio sin conocimiento del individuo
- “Kickback”(sobornos)
- Falsificar firmas de beneficiarios
- Venta de información de beneficiarios



Programa de Integridad Medicaid

- El **Programa de Integridad de Medicaid** bajo la Sección 1936 la Ley del Seguro Social, es la primera estrategia federal para prevenir y reducir el fraude, mal uso y abuso.
- Combate el fraude que resulta en menos ingresos disponibles para la salud y bienestar de los pacientes de Medicaid y/o Medicare.



Programa de Integridad Medicaid

- Debe incluir todas las disposiciones del **Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA u Obama Care)**.
- Especifica los métodos por los cuales se detecta fraude, mal uso y abuso.
- Describe los roles del personal encargado de realizar investigaciones y reporte de fraude potencial, abuso y mal uso.
- Establece evaluación de riesgo que incluya las tres áreas más vulnerables y un plan de acción para mitigar riesgos.
- Procedimientos para reportar de manera confidencial.
- Hace hincapié en políticas de no represalia a empleados que reporten casos o posibles casos de fraude, mal uso y abuso.

Recuerde que...

1. Es ilegal presentar a sabiendas, una información o reclamación fraudulenta a Medicare.

2. Es ilegal recibir recompensas a cambio de algún tipo de negocio o dinero de Medicare.

3. Las represalias contra una persona que haya reportado o participe de una investigación de fraude no solamente es una falta ética, sino que es ilegal.

4. Esta organización es responsable de reportar inmediatamente cualquier sospecha sobre potencial fraude, mal uso o abuso.

Nuestra obligación es reportar fraude

Nuestra obligación como empleados es reportar toda actividad fraudulenta o sospechosa. Al momento de hacerlo, anote al menos lo siguiente:

- 1.Nombre y apellidos
- 2.Numero de teléfono
- 3.¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde?
- 4.Documentos de apoyo

Unidad de Investigaciones Especiales (SIU)

Como parte integral de la implementación de nuestro Programa de Cumplimiento, la SIU de APS se encarga de:

- Investigar toda alegación de actividad sospechosa.
- Referir casos a autoridades, agencias regulatorias, unidades de control, entre otros.
- Trabaja mano o mano con oficiales de cumplimiento a nivel local, estatal y federal.
- Desarrolla estrategias, medidas y reportes que previenen futura actividad fraudulenta.
- Provee entrenamiento y educación a empleados sobre estos temas.



Unidad de Investigaciones Especiales (SIU)

Las investigaciones que lleva a cabo la SIU pueden originarse en:

- **Referidos Internos**

- Miembros de un departamento identifican actividad sospechosa dentro del rol que desempeñan, o líneas calientes (hot-lines dedicados).

- **Referidos Externos**

- Recibidos a través de beneficiarios, familiares, ciudadanos, proveedores, o líneas calientes (hot-lines dedicados), entre otros.

- **Análisis de Datos (Data mining)**

- Mediante metodologías y técnicas especializadas identifican patrones inusuales de facturación.

LÍNEA DE REFERIDOS: FWA/ÉTICA

Recuerde, el fraude es un delito. Si usted sospecha que algún tipo de fraude, desperdicio o abuso está ocurriendo, infórmelo inmediatamente. Usted puede notificar de manera confidencial a través de la línea de fraude, abuso, ética y cumplimiento al

787-641-9136

O LIBRE DE COSTO AL:

1-855-266-6446

POR E-MAIL: fwa@apspuertorico.com

SI USTED DESEA INFORMAR ALGÚN ASUNTO DE FORMA ANÓNIMA, PUEDE HACERLO A TRAVÉS DE LA SIGUIENTE LÍNEA O PÁGINA WEB:

1-844-784-7405 • www.apspuertorico.ethicspoint.com

APS Healthcare Puerto Rico, Inc. NO tolerará represalias contra aquellos que reporten una potencial acción de fraude o de no cumplimiento.

Reglamentación sobre Denunciantes (Whistleblowers)

- Un denunciante es una persona que expone información o actividad que se considera ilegal, deshonesta o que viola los estándares profesionales o clínicos.
- La FCA establece dos categorías de denunciantes:
 - Protegido: son las personas que reportan reclamaciones falsas o traen acciones legales para recuperar dinero pagado inapropiadamente.
 - Recompensado: las personas que llevan una demanda exitosa y reciben al menos 15 por ciento, pero no más del 30 por ciento del dinero recaudado.

Política Anti-represalias

- APS promueve que sus empleados informen cualquier actividad sospechosa de FWA, o de cualquier falla en cumplimiento o falta ética.
- APS prohíbe que se tomen represalias o reprimendas en contra de cualquier empleado que, de buena fe, informe cualquier instancia de las mencionadas anteriormente.
- Usted puede utilizar la Línea de Ayuda de APS Healthcare Puerto Rico para Cumplimiento, Ética, Fraude, Abuso y Desperdicio o la página “web” establecida, para informar de **forma anónima** sobre el incumplimiento con las políticas de la Compañía, la identificación de algún problema, instancias de no-cumplimiento con leyes (estatales y federales), contratos, regulaciones, reglamentos y políticas, potenciales casos de FWA o violaciones al Código de Ética de APS Healthcare Puerto Rico.

¿Preguntas o consultas?

Favor comunicarse al

Departamento de Cumplimiento

Jason Morales Director de Cumplimiento	Extensión: 253007
José López de Victoria Gerente de Cumplimiento	Extensión: 253085
Idalia Ojeda Oficial de Privacidad y Seguridad	Extensión: 253079
Interno: (787) 641-9316	Libre de Cargos: 1-855-266-6446
fwa@apspuertorico.com	Anónimo: 1-844-784-7405

Anónimo: www.apspuertorico.ethicspoint.com



¡Gracias!