

Fraude, Desperdicio y Abuso

Desarrollando un Programa de Cumplimiento Efectivo
en las Prácticas de Oficina

► **Divulgación**

MedPro Group no recibe apoyo comercial de compañías farmacéuticas, fabricantes de dispositivos biomédicos ni ningún otro interés comercial.

Es política de MedPro Group exigir que todas las partes que estén en condiciones de influir en el contenido de esta actividad revelen la existencia de cualquier relación financiera relevante con cualquier interés comercial.

Cuando existan relaciones financieras relevantes, la(s) persona(s) se enumerará por nombre, junto con el nombre del interés comercial con el que la persona tiene una relación y la naturaleza de la relación.

El cuerpo docente actual, así como los planificadores de CE, los desarrolladores de contenido, los revisores, los editores y el personal de Solución de Riesgos y Seguridad del Paciente de MedPro Group han informado que no tienen relaciones financieras relevantes con intereses comerciales.

▶ Objetivos

- ▶ Al finalizar este programa, el participante debería poder:
 - ▶ Demostrar comprensión de las leyes relativas al fraude, desperdicio y abuso.
 - ▶ Comprender los siete elementos fundamentales de un programa de cumplimiento eficaz según lo define la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS-OIG)
 - ▶ Describir las funciones y responsabilidades clave de un oficial de cumplimiento.
 - ▶ Identificar recursos para ayudar a desarrollar un programa de cumplimiento para un entorno de práctica médica.



▶ Titulares de fraude y abuso

United States Department of Justice Offices of the United States Attorneys

THE UNITED STATES ATTORNEY'S OFFICE
NORTHERN DISTRICT of GEORGIA

HOME ABOUT NEWS MEET THE U.S. ATTORNEY DIVISIONS PROGRAMS

U.S. Attorneys » Northern District of Georgia » News

Department of Justice U.S. Attorney's Office Northern District of Georgia

FOR IMMEDIATE RELEASE Wednesday, February 6, 2019

Union General Hospital to pay \$5 million to resolve alleged False Claims Act violations

ATLANTA – Union General Hospital (“UGH”), located in Blairsville, Georgia, has agreed to pay \$5 million to resolve allegations that it violated the False Claims Act by engaging in improper financial relationships with referring physicians.

“It is imperative that all medical decisions are based on the best interest of the patient not on financial gain,” said U.S. Attorney Byung J. “BJay” Pak. “This settlement demonstrates our commitment to ensuring healthcare providers stay focused on the patient and not enriching themselves.”

“It is a priority for the FBI to protect taxpayers from those who would circumvent our healthcare laws,” said Chris Hacker, Special Agent in Charge of FBI Atlanta. “Not only do taxpayers lose, but so do citizens

“Es inaceptable que los hospitales proporcionen incentivos económicos para inducir a los médicos a guiar a los pacientes en su camino. . . La OIG buscará energicamente a los proveedores que celebren acuerdos que puedan potencialmente corromper la toma de decisiones médicas.”

► Definiciones

Fraude: Engaño intencional o tergiversación realizada por una persona con conocimiento de que el engaño podría resultar en un beneficio no autorizado para la persona o para otros

Abuso: Cuando los proveedores de atención médica realizan acciones que directa o indirectamente generan costos innecesarios para cualquier programa de beneficios de atención médica

Desperdicio: Uso inapropiado o ineficiente de los recursos

► ¿Qué es un programa de cumplimiento?

- Un programa de cumplimiento corporativo es un “programa efectivo para prevenir y detectar violaciones de ley.” - United States Sentencing Commission

Previene de potencial responsabilidad y/o sanciones a una entidad

Define expectativas para los empleados

Demuestra el compromiso organizacional de hacer lo correcto

Provee un mecanismo para monitorear

Fomenta la denuncia de actividades ilegales o no éticas

► ¿Por qué tener un programa de cumplimiento?

Los programas de cumplimiento son un requisito bajo la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA).



▶ Rol de la Oficina del Inspector General (OIG)

Misión

- ▶ Protege la integridad del HHS al prevenir el desperdicio, el fraude y el abuso en los programas de atención médica financiados con fondos federales.
- ▶ Ofrece herramientas y recursos al programa de cumplimiento voluntario para ayudar a los proveedores y suplidores a evitar conductas fraudulentas y evitar la presentación de reclamos falsos.



En 2000, HHS-OIG publicó *Compliance Program Guidance for Individual and Small Group Physician Practices*.

► HHS-OIG y la Ley de Asistencia Asequible

Se pueden lograr reducciones significativas en la responsabilidad por fraude y abuso mediante el uso de programas de cumplimiento.



Un programa eficaz puede minimizar las consecuencias derivadas de una infracción a la ley.



La Ley de Asistencia Asequible autoriza al Secretario del HHS en consulta con la OIG a establecer elementos de un programa de cumplimiento.



Se pueden utilizar siete elementos del Manual de Directrices de la Comisión de Sentencias de EE. UU. de 2010 como elementos básicos del programa de cumplimiento.

▶ Guías federales de sentencia



El Manual de Directrices de la Comisión de Sentencias de los Estados Unidos (USSC) establece reglas para una política uniforme de sentencias para individuos y organizaciones condenados por delitos graves y delitos menores graves (Clase A) en el sistema judicial federal de los EE. UU.

► Creando una cultura de ética

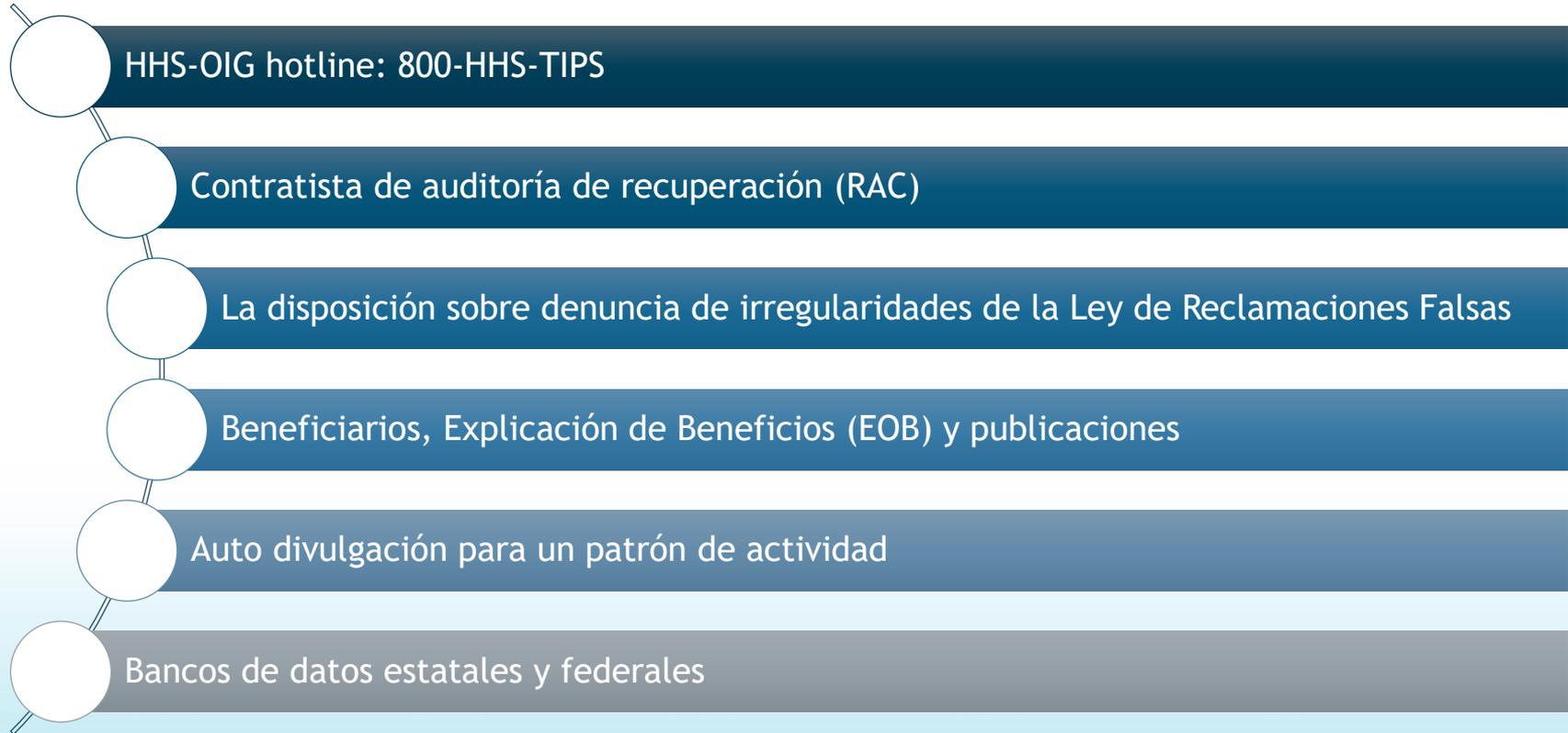
El objetivo general de un programa de cumplimiento eficaz es crear una cultura corporativa ética.

Una cultura corporativa ética reduce la posibilidad de que se produzcan fraudes y abusos.

Si se producen fraudes y abusos, un programa de cumplimiento eficaz reduce la posibilidad de que no se detecten.



▶ Cómo se descubren el fraude y el abuso



▶ **Leyes contra el Fraude y el Abuso**

► Leyes contra el Fraude y el Abuso

Physician Self-Referral Law (42 U.S.C. § 1395nn)

Anti-Kickback Statute (42 U.S.C. § 1320a-7b(b))

False Claims Act (31 U.S.C. §§ 3729-3733)

Civil Monetary Penalties Law (42 U.S.C. § 1320a-7a)

Exclusion Authorities (42 U.S.C. §§ 1320a-7, 1320c-5)

Criminal Health Care Fraud Statute (18 U.S.C. §§ 1347, 1349)



▶ Estatuto Antisoborno (Anti-Kickback)

Prohíbe el pago consciente y deliberado de cualquier cosa de valor para inducir o recompensar las referencias de pacientes o para generar negocios que involucren programas de salud federales.

Los médicos no pueden ofrecer ningún tipo de compensación a los beneficiarios de Medicare y Medicaid para influir en su elección de proveedor de atención médica.

Los médicos a menudo son considerados una fuente potencial de referido a otros proveedores, compañías farmacéuticas y compañías de suministros médicos.

Algunos pagos y prácticas comerciales están protegidos como parte de las disposiciones de puerto seguro (safe harbor).



▶ Titulares de fraude y abuso

United States Department of Justice
Offices of the United States Attorneys

THE UNITED STATES ATTORNEY'S OFFICE
MIDDLE DISTRICT of FLORIDA

HOME ABOUT NEWS MEET THE U.S. ATTORNEY PROGRAMS RESOU

U.S. Attorneys » Middle District of Florida » News

Department of Justice
U.S. Attorney's Office
Middle District of Florida

SHARE

FOR IMMEDIATE RELEASE Monday, January 28, 2019

Orlando Skilled Nursing Facility, Physician, And Related Providers Agree To Pay \$1.5 Million To Resolve Allegations Of Illegal Kickback And Patient Referral Scheme

Orlando, FL – United States Attorney Maria Chapa Lopez announces that on January 9, 2019, Conway Lakes NC, LLC; its former Administrator, Matthew File; its management company, Clear Choice Health Care, LLC; Clear Choice's part-owner and President, Jeffrey Cleveland; Clear Choice's part-owner and Senior Vice President, Geoffrey Fraser; and an Orlando-area orthopedic surgeon, Dr. Kenneth Krumins, agreed to pay \$1.5 million to resolve allegations that they engaged in a kickback scheme related to the referral of Medicare and TRICARE patients.

“El disfrazar complejos arreglos de sobornos a través de cargos directivos y otros cargos tergiversados corrompe la toma de decisiones de los médicos y socava la confianza del público en el sistema de salud. . . Nuestra agencia continuará investigando a los proveedores de atención médica que buscan aumentar ilegalmente las ganancias a expensas de los programas federales de atención médica.”

► Physician Self-Referral (Stark) Law

Prohíbe referidos de los médicos para ciertos servicios de salud designados con los que el médico o un miembro de la familia inmediata tiene una relación financiera

Relaciones financieras: intereses de inversión, propiedad o acuerdos de compensación

Referidos inadecuados: sobreutilización, aumento de costos, corrupción de la toma de decisiones médicas, dirección del paciente y competencia desleal

La entidad de servicios de salud designada no puede presentar reclamaciones por los servicios



▶ Servicios de salud designados

Servicios de Laboratorio Clínico

Terapia física, ocupacional y servicios de terapia del habla para pacientes ambulatorios

Radiología y otros servicios de imágenes

Servicios y suplidos de tarapia de radiación

Equipo médico durable y suplidos

Nutrientes, equipos y suministros parenterales y enterales

Dispositivos y suministros protésicos y ortopédicos

Servicios de salud en el hogar

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios

▶ Titulares de fraude y abuso

United States Department of Justice

THE UNITED STATES ATTORNEY'S OFFICE
MIDDLE DISTRICT of TENNESSEE

HOME ABOUT NEWS DIVISIONS PROGRAMS CONTACT US

U.S. Attorneys » Middle District of Tennessee » News

Department of Justice
U.S. Attorney's Office
Middle District of Tennessee

FOR IMMEDIATE RELEASE Wednesday, January 30, 2019

Pathology Laboratory Agrees to Pay \$63.5 Million for Providing Illegal Inducements to Referring Physicians

NASHVILLE, Tenn. – January 30, 2019 – Pathology laboratory company Inform Diagnostics has agreed to pay \$63.5 million to settle allegations that it violated the False Claims Act by engaging in improper financial relationships with referring physicians, the Justice Department, United States Attorney Don Cochran for the Middle District of Tennessee, and United States Attorney Maria Chapa Lopez for the Middle District of Florida announced today. Inform Diagnostics, formerly known as Miraca Life Sciences, Inc., is headquartered in Irving, Texas, and was a subsidiary of Miraca Holdings, Inc., a Japanese company, during the period relevant to the case. In 2017, majority ownership of the company changed, and the company was renamed.

“Las restricciones impuestas por los estatutos federales existen para evitar una influencia indebida en las partes que prescriben y prestan servicios médicos, incluidas las pruebas de laboratorio.”

► Ley de reclamaciones falsas (False Claims Act)

Prohíbe la presentación de reclamaciones de pago a Medicare o Medicaid que el proveedor de atención médica sepa o debería haber sabido que son falsas o fraudulentas.

Ha sido enmendada varias veces y ahora establece que los infractores son responsables por tres veces los daños más una multa relacionada con la inflación.

Las sanciones también pueden incluir cargos penales y encarcelamiento.

La disposición de denuncia de irregularidades permite a las personas presentar una demanda en nombre de los Estados Unidos y recibir parte del dinero recuperado.



► Demandas Qui tam

La Ley de Reclamaciones Falsas contiene una disposición "qui tam" que permite a las personas que tienen conocimiento de que una organización está defraudando al gobierno "denunciar" una actividad ilegal.

El gobierno federal tiene 60 días para investigar y decidir si quiere intervenir en el caso.

Los denunciantes tienen derecho al 15% y 25% de la recuperación total.

Si el gobierno no interviene, el denunciante puede recuperar hasta el 30% de la cantidad total.



► Ley de Exclusión y Sanciones Civiles Monetarias

Estatuto de exclusión: La OIG debe excluir a las personas o entidades de la participación en todos los programas federales de atención médica cuando se cometen ciertos delitos.

- Ejemplos: fraude a Medicare; abuso o negligencia del paciente; condenas por delitos graves por otro fraude, robo u otra mala conducta financiera relacionados con la atención médica; y fabricación, distribución, prescripción o dispensación ilegal de sustancias controladas.
- La OIG tiene autoridad de exclusión discrecional en ciertos delitos (por ejemplo, condenas por delitos menores y prestación de servicios innecesarios o deficientes).

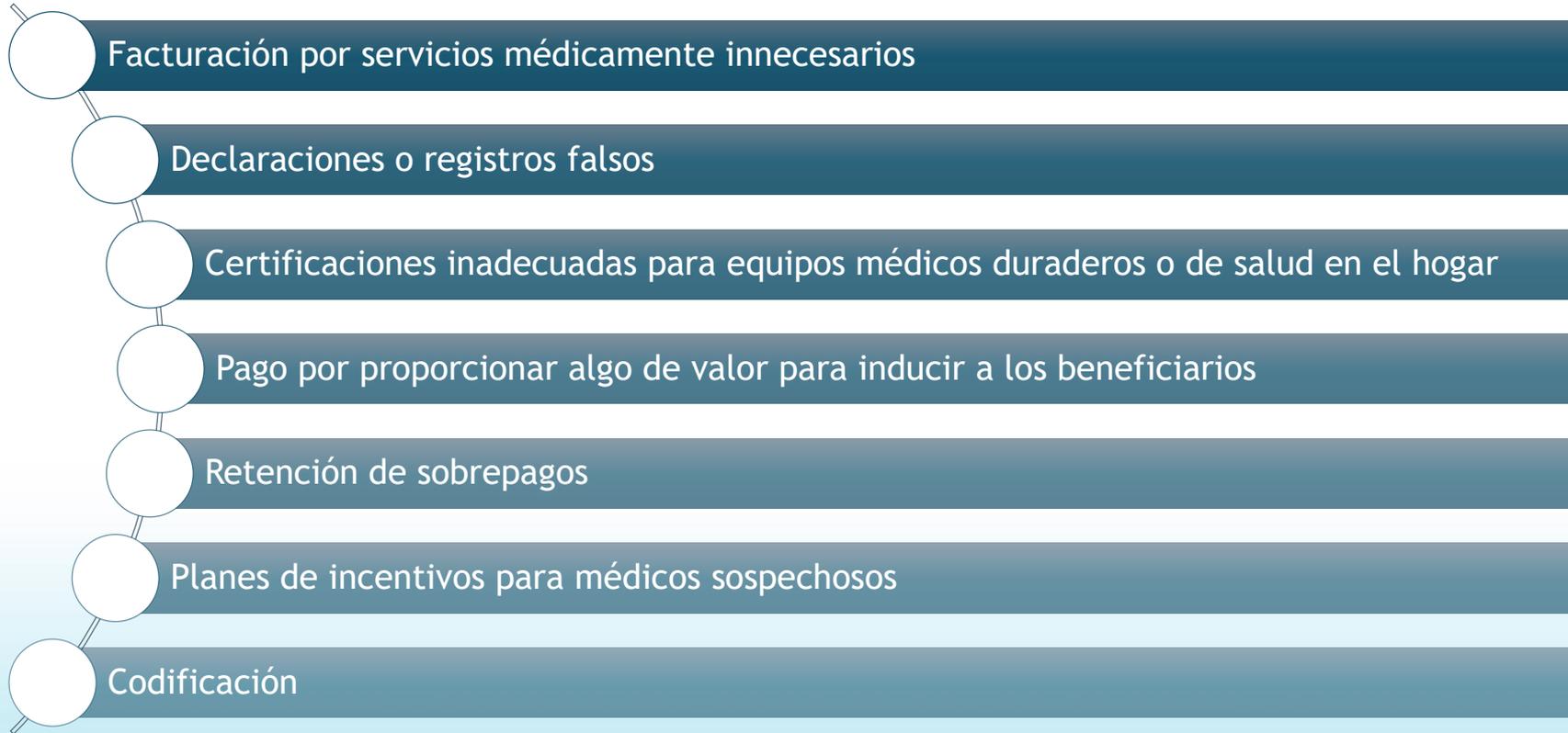
Ley de Sanciones Civiles Monetarias: La OIG puede solicitar sanciones civiles monetarias que van desde varios cientos hasta miles de millones de dólares y/o la exclusión por infinidad de delitos, como la violación de las leyes de fraude y abuso y las violaciones de EMTALA.

▶ Recobro en Virtud de Fraude sobre Fondos Federales

- ▶ Existe una clara política pública del gobierno federal de prevenir y evitar el fraude y abuso en el sistema de salud. Entre las responsabilidades para la supervisión y administración de los programas de Medicare y Medicaid (primero delegadas al Secretario de Salud y Servicios Humanos y luego transferidas al Director de la OIG) se encuentran la autoridad de detectar y procesar para recobrar, y penalizar actividades abusivas y fraudulentas de dichos programas. *Greene v. Sullivan*, 731 F.Supp. 835 (1990), a la pág. 837. Indudablemente, la preocupación por la solvencia del programa de Medicare justifica la necesidad de efectuar los debidos recobros para controlar los gastos sin afectar los beneficiarios ni el sistema. “A Patient-Centered Approach to Health Care Fraud Recovery”, 96 J. Crim. L. & Criminology 579 (2006), a la pág. 584.
- ▶ Por regulación estatutaria, el proveedor tiene la obligación de reportar toda acción adversa en su contra - incluyendo la revocación de privilegios de facturación - dentro de un término específico. Véase 42 C.F.R. §424.516. Es un requisito imperativo bajo el programa de Medicare.

- Medicare dispone específicamente que no procede el pago de servicios cubiertos bajo dicho programa si los privilegios del proveedor han sido revocados. Véase 42 C.F.R. §424.555. La sección también establece que todo gasto incurrido por dichos servicios serán responsabilidad del proveedor. Id. Los mismos pasan a ser sobrepagos desde el momento de la determinación adversa (le revocación) contra el proveedor. Véase 42 C.F.R. §424.556.
- En aras de garantizar la administración adecuada de fondos federales, la reglamentación federal de Medicare requiere a CMS y a contratistas de Medicare - como MSO - recobrar (“recoup”) cantidades, cuando se han efectuado pagos en exceso a suplidores o proveedores. Véase 42 C.F.R. §405.371, §405.372 y §405.373. Si el proveedor no refuta la notificación que se le haga sobre (o admite) el sobrepago identificado, el recobro procede automáticamente. Véase 42 C.F.R. §405.372(b)1 y 42 C.F.R. §405.373(d).

▶ Actividades de bandera roja



▶ Acuerdos de Integridad Corporativos (CIAs)

- ▶ Contratos entre proveedores y OIG como parte de un acuerdo.
- ▶ Los proveedores aceptan obligaciones a cambio de que la OIG no busque la exclusión de los programas federales de atención médica.
- ▶ Los CIA suelen durar 5 años e incluyen requisitos para:
 - ▶ Contratar a un oficial de cumplimiento / nombrar comité.
 - ▶ Desarrollar normas y políticas escritas.
 - ▶ Realizar adiestramiento integral para los empleados.
 - ▶ Contratar una organización de revisión independiente.
 - ▶ Establecer un programa de divulgación confidencial.
 - ▶ Restringir la contratación de personas no elegibles.
 - ▶ Informar sobre pagos en exceso, eventos que se deben notificar e investigaciones.
 - ▶ Proporcionar informe anual y de implementación.



▶ Titulares de fraude y abuso

JUSTICE NEWS

Department of Justice

Office of Public Affairs

FOR IMMEDIATE RELEASE

Friday, M

Baton Rouge Doctor Sentenced to Prison for Fraudulent Billing Scheme

A Baton Rouge, Louisiana-based doctor was sentenced to 37 months in prison followed by two years of supervised today for his role in a scheme to defraud Medicare and other health care insurers.

Assistant Attorney General Brian A. Benzckowski of the Justice Department's Criminal Division, U.S. Attorney Br Fremin of the Middle District of Louisiana, Special Agent in Charge C.J. Porter of the U.S. Department of Health and Services Office of Inspector General's (HHS-OIG) Dallas Field Office and Special Agent in Charge Eric J. Rommal FBI's New Orleans Field Office made the announcement.

John Eastham Clark, M.D., 66, of Baton Rouge, was sentenced by Chief U.S. District Judge Shelly D. Dick of the M District of Louisiana, who also ordered Clark to pay \$254,962.80 in restitution. In February 2019, Clark pleaded one count of conspiracy to commit health care fraud.

Clark was a co-owner and the medical director of Louisiana Spine & Sports LLC, a pain management clinic located Rouge. The charge stems from Clark's role in a scheme to submit fraudulent claims to Medicare and other health insurers. As part of his guilty plea, Clark admitted that from approximately June 2005 through March 2015, he, a his billing supervisor Charlene Anita Severio and others, conspired to submit fraudulent claims indicating that mi surgical procedures occurred on days subsequent to office visits, when in fact the office visits and procedures took the same day. Clark admitted that this practice, commonly referred to as "unbundling," was done to defraud health insurers for non-reimbursable office visits. Clark further admitted to falsifying, and directing Severio and others t

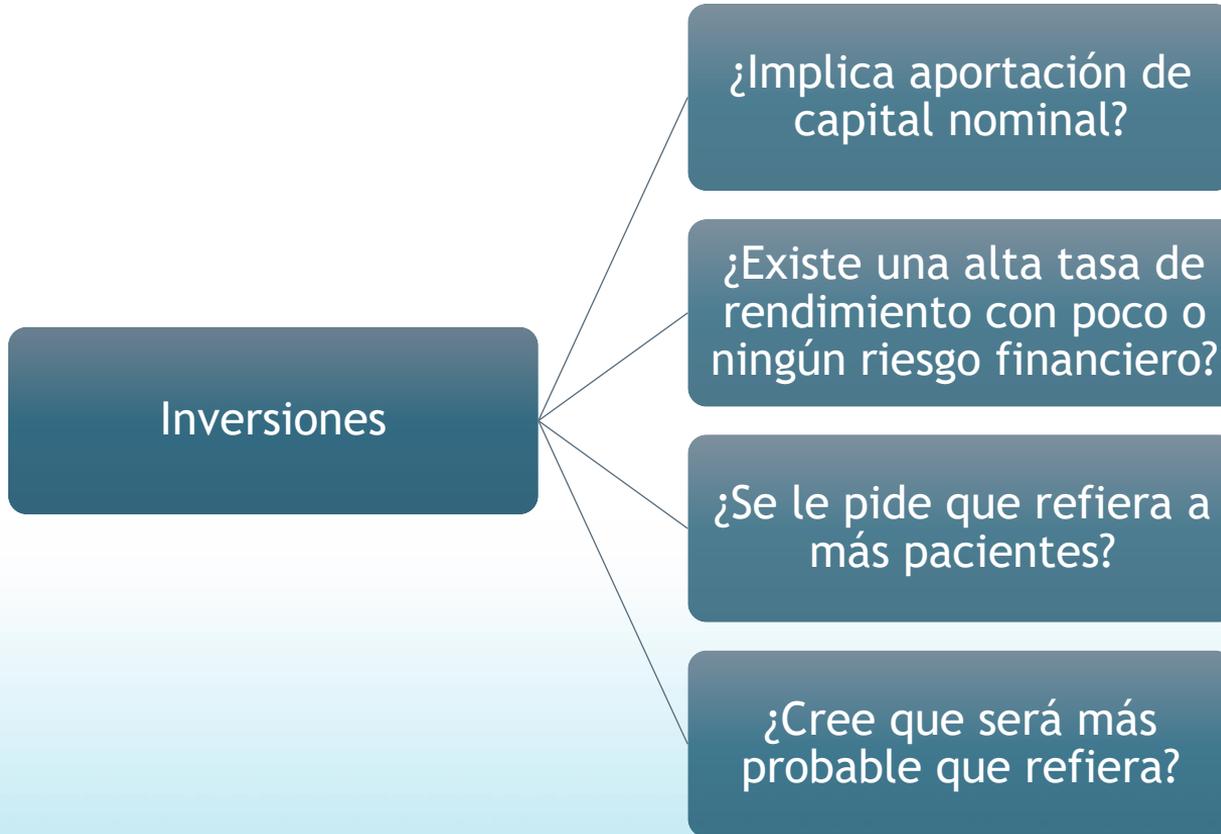
“[El médico] era copropietario y director médico de. . . una clínica de manejo del dolor ubicada en Baton Rouge. El cargo proviene del rol [del médico] en un plan para presentar reclamos fraudulentos a Medicare y otras aseguradoras de atención médica.

Como parte de su declaración de culpabilidad, [el médico] admitió eso. . . él, junto con su supervisor de facturación. . . y otros, conspiraron para presentar reclamos fraudulentos indicando que los procedimientos quirúrgicos menores ocurrieron en los días posteriores a las visitas al consultorio, cuando en realidad las visitas al consultorio y los procedimientos se llevaron a cabo el mismo día. . . Esta práctica, comúnmente conocida como “unbundling”, se realizó para defraudar a las aseguradoras de atención médica por visitas al consultorio no reembolsables.

► Relaciones con otros



▶ Inversiones en emprendimientos comerciales



► Banderas rojas en facturación

- ¿Está presentando una reclamación de pago sin la documentación adecuada?
- ¿Está facturando artículos o servicios que no se prestaron realmente?
- ¿Está facturando por servicios de un proveedor excluido?
- ¿Está facturando por separado los servicios que ya están incluidos en la tarifa global o más de una reclamación por el mismo servicio?
- ¿Está facturando por servicios prestados por un empleado no calificado o supervisado incorrectamente?

► Aceptar artículos de valor de proveedores

¿Influyó en su decisión de utilizar el producto?

¿El producto preferido ayudó más que otra marca?

¿Está más inclinado a utilizar el producto donde normalmente no lo haría?



▶ Sistema de pago abierto federal

CMS.gov
Centers for Medicare & Medicaid Services

Home > Open Payments > Open Payments

Open Payments | About | Explore the Data | Program Participants | FAQs | Contact Us

Open Payments System Availability

The Open Payments system will be unavailable due to scheduled outages beginning Saturday, January 11, 2020 through Tuesday, January 28, 2020.

These outages coincide with enhancements which will enable a better user experience within the Open Payments system and only impact the Open Payments application.

Explore Open Payments

- [View Summary Data](#)
- [Search the Data](#)
- [Download Open Payments Datasets](#)
- [Read the Annual Report to Congress \(PDF\)](#)

Have Questions? – [Contact us](#)

Open Payments

Open Payments is a national disclosure program that promotes a more transparent and accountable health care system by making the financial relationships between applicable manufacturers and group purchasing organizations (GPOs) and health care providers (physicians and teaching hospitals) available to the public. [Learn more](#) about Open Payments.

Search Explore Open Payments Data

- Use the [search tool](#) to look up doctors, hospitals, or companies.
- [Download](#) the data sets.
- [Interact](#) with all the data sets.

Physicians and Teaching Hospitals

- Learn how to [register](#) to [review \(and dispute\)](#) your financial data.
- [Step by step guides](#) available.
- Already registered? [Login here](#).

Applicable Manufacturers and Group Purchasing Organizations

- Learn How to [register](#).
- Already registered? [Login here](#).
- Attend helpful [events](#) to learn more about Open Payments.

▶ Titulares de fraude y abuso

HOME ABOUT NEWS U.S. ATTORNEY DIVISIONS PROGRAMS FAQ CONTACT US

U.S. Attorneys » District of New Jersey » News

Department of Justice

U.S. Attorney's Office

District of New Jersey

SHARE

FOR IMMEDIATE RELEASE

Friday, November 16, 20

Burlington, New Jersey, Doctor Arrested for Role in \$20 Million Telemedicine Compounded Medication Scheme

NEWARK, N.J. – A Burlington, New Jersey, man was arrested Friday for his role in a telemedicine scheme to prescribe expensive compounded medications to patients who did not need them, U.S. Attorney Craig Carpenito announced.

Dr. Bernard Ogon, 45, is charged by complaint with one count of conspiracy to commit health care fraud. He made his initial court appearance this afternoon before U.S. Magistrate Judge Joseph A. Dickson in Newark federal court and was released on \$500,000 secured bond.

According to documents filed in this case and statements made in court:

Telemedicine allows health care providers to evaluate, diagnose, and treat patients remotely – without the need for an in-person visit – by interacting with a patient using telecommunications technology, such as the internet or telephone. Ogon was paid by various telemedicine companies to prescribe exorbitantly expensive compounded medications, such as pain creams, scar creams, migraine creams, and metabolic supplements/“wellness capsules,” regardless of whether they were medically necessary for the patient.

“[El médico] fue pagado por varias empresas de telemedicina para recetar medicamentos compuestos exorbitantemente caros. . . independientemente de si eran medicamento necesarios para el paciente. Las empresas de telemedicina enviaron recetas [al médico] para que las firmara por medicamentos compuestos, y [él] firmó las recetas sin haber establecido ninguna relación médico-paciente previa, hablar con el paciente o realizar ningún tipo de evaluación médica.”

▶ Mitigar el fraude de oficina

Realice auditorías regulares de los procesos de la práctica (preste mucha atención a los copagos, reembolsos, desembolsos de efectivo).

Capacitar a los empleados.

Asegure sus libretas de recetas y el número de DEA.

Esté atento a las señales de alerta que podrían indicar fraude de empleados.



▶ **Los Siete Elementos Fundamentales de un Programa de Cumplimiento Eficaz**

▶ Siete elementos fundamentales de la HHS-OIG

1. Implementar políticas, procedimientos y estándares de conducta escritos
2. Designar un oficial de cumplimiento (CO) y un comité de cumplimiento (CC) para supervisar el programa
3. Usar la debida diligencia en la delegación de autoridad
4. Educar a los empleados y desarrollar líneas de comunicación efectivas
5. Llevar a cabo seguimiento y auditoría internas
6. Hacer cumplir las normas mediante directrices disciplinarias bien publicadas
7. Responder con prontitud a las ofensas detectadas y emprender acciones correctivas.

▶ Elemento 1: Implementar políticas, procedimientos y estándares de conducta

Las políticas, procedimientos y estándares de cumplimiento deben:

- Identificar el comportamiento modelo para los empleados.
- Indicar cómo informar casos de problemas de cumplimiento o conducta poco ética.
- Especificar los deberes del oficial de cumplimiento y del comité de cumplimiento (desarrollar políticas, procedimientos y estándares)
- Proporcionar guías para el monitoreo y revisión periódica de políticas & procedimientos y estándares.

► Elemento 1 (continuación)

Las políticas, procedimientos y estándares de cumplimiento deben revisarse y distribuirse a todos los empleados de la organización dentro de los 90 días posteriores a la contratación y al menos una vez al año.

Los empleados deben acusar recibo de la revisión y comprensión de las políticas.

Los materiales de cumplimiento deben estar disponibles para su revisión.

► Esquema del plan de cumplimiento

I. Código de Conducta

- A. Mensaje del CEO y declaración de misión y valor
- B. Leyes (por ejemplo, conflictos de interés; HIPAA; fraude, desperdicio y abuso)

II. Administración del Plan de Cumplimiento

- A. Deberes del oficial de cumplimiento y del comité de cumplimiento

III. Entrenamiento y Educación

IV. Comunicación

V. Auditoría y Monitoreo

- A. Alcance y métodos

VI. Acción Disciplinaria

VII. Respuesta a las Ofensas Detectadas y Acción Correctiva

- A. Infracciones, investigaciones y denuncias

▶ Elemento 2: Proporcionar supervisión del programa de cumplimiento

Oficial de
Cumplimiento

- Tiene la responsabilidad principal de la estructura y administración del programa de cumplimiento; reporta directamente al CEO / alta gerencia
- Informado sobre los resultados de las auditorías y el monitoreo; revisa y realiza evaluaciones del programa
- Informa la actividad de aplicación del cumplimiento a la junta directiva; proporciona informes anuales a la junta

► Elemento 2 (continuación)

Comité de
Cumplimiento

- Comité multidisciplinario que desarrolla, revisa y actualiza políticas y procedimientos; desarrolla y audita el plan de trabajo y el plan de evaluación de riesgos; asiste a las reuniones del personal operativo; monitorea y audita el desempeño del cumplimiento; hace cumplir los estándares disciplinarios; recomienda mejoras de procesos; y hace cumplir los requisitos del programa de cumplimiento en todos los niveles de la organización.

► Evaluación de riesgo de base

- Una revisión formal de las principales áreas de fraude, desperdicio y abuso.
- Incluye áreas de preocupación identificadas por CMS y otros, y clasificación de los niveles de riesgo.
- Las áreas identificadas como de alto riesgo deben auditarse con mayor frecuencia (es decir, codificación y facturación, trabajo con proveedores excluidos, reclamos falsos, obsequios de proveedores y compensación médica).
- Los resultados deben ser un componente esencial para desarrollar y abordar los planes de trabajo de seguimiento y auditoría.

▶ Elemento 3: Utilice la debida diligencia en la delegación de autoridad

Realizar verificaciones de antecedentes de todos los nuevos empleados administrativos.

Realice verificaciones periódicas de antecedentes de los empleados administrativos existentes.

“Hacer todos los esfuerzos razonables para no incluir dentro de la autoridad sustancial al personal de la organización, a cualquier individuo que la organización conocía, o debería haber sabido, mediante el ejercicio de la debida diligencia, que haya participado en actividades ilegales u otra conducta inconsistente con un programa efectivo de cumplimiento y ética.”

–United States Sentencing Commission

▶ Elemento 4: Proporcionar adiestramiento y educación

Asegurar una comprensión adecuada de las expectativas bajo el código de conducta y los estándares en el plan de cumplimiento.

Hacer cumplir el adiestramiento obligatorio para todos los empleados.

Proporcionar una revisión integral del plan de cumplimiento y el código de conducta al momento de la contratación y una revisión anual a partir de entonces.

▶ Elemento 4 (continuación)

La capacitación debe ser interactiva e incluir escenarios de cumplimiento que podrían encontrarse.



El oficial de cumplimiento debe comunicar periódicamente los mensajes de cumplimiento a través de otros métodos de adiestramiento informal.



Documente el ofrecimiento de todo adiestramiento sobre cumplimiento.

▶ Pregunta de muestra

P:

- Un empleado de una compañía farmacéutica ha ofrecido a varios médicos, empleados y sus familias entradas gratuitas para un concierto de Britney Spears. ¿Podemos aceptar la oferta?

R:

- No, tal oferta podría someter a la práctica, los médicos y los empleados que acepten la oferta a sanciones en virtud de la Ley Stark y el Estatuto Anti-soborno.



► Abriendo las líneas de comunicación

Exigir a los empleados que reporten los problemas de manera oportuna.

Establezca un proceso formal para que los gerentes comuniquen los problemas de cumplimiento y los resultados de las acciones correctivas al personal.

Desarrolle un proceso de denuncia anónimo para evitar el temor a represalias.

Asegure varios métodos para informar sobre el cumplimiento y las preocupaciones éticas.

▶ Abriendo las líneas de comunicación (continuación)

Haga que el oficial de cumplimiento y el comité de cumplimiento evalúen la efectividad del proceso de reporte.

- Los empleados deben estar familiarizados con los problemas que deben informar, a quién informar y el plazo para informar las inquietudes.
- Se debe alentar a los empleados a informar y sentirse cómodos informando los problemas a varias personas (por ejemplo, cualquier gerente, el oficial de cumplimiento y el comité de cumplimiento).



► Elemento 5: Realizar monitoreo y auditoría internas

Monitoree para asegurarse de que los procedimientos funcionen según lo previsto.



Dar seguimiento a las recomendaciones y planes de acción correctiva para verificar que se estén implementando.



Asegúrese de que el monitoreo se realice de forma regular (semanal o mensual).



Asegúrese de que los planes de trabajo de seguimiento cubran la frecuencia del monitoreo, las personas responsables y las cuestiones de interés para la organización.

► Elemento 5 (continuación)

Realice auditorías anualmente para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y de CMS.

- El personal interno o una organización externa puede realizar auditorías, y la auditoría puede incluir una variedad de métodos.

Desarrolle un informe escrito de hallazgos y recomendaciones.

Asegúrese de que los planes de trabajo de auditoría incluyan un itinerario de inicio, métodos utilizados, resultados y acciones correctivas.

▶ Elemento 6: Hacer cumplir los estándares mediante la disciplina

Aplicar disciplina constante y oportuna cuando una investigación confirma una infracción.

Asegúrese de que los empleados conozcan bien las políticas disciplinarias.

Escriba claramente las políticas disciplinarias y describa las expectativas y las consecuencias del incumplimiento.



▶ Elemento 6 (continuación)

Asegúrese de que las políticas incluyan sanciones por fallar al no:

Cumplir con el código de conducta.

Detectar el incumplimiento cuando la observación rutinaria o la debida diligencia deberían haber avisado.

Informe el incumplimiento real o sospechado.

▶ Elemento 7: Responder con prontitud y tomar acciones correctivas

Utilice acciones correctivas cuando se identifiquen vulnerabilidades, incumplimiento o posibles violaciones.

Identifique las infracciones a través de un informe o los resultados de una evaluación, auditoría o seguimiento de riesgos.

Implementar acciones correctivas, como:

- Educación y adiestramiento
- Reembolso de sobrepagos
- Acción disciplinaria contra los empleados responsables

▶ Consejos prácticos de la Oficina del Inspector General



▶ Resumen



Fuentes

► Relevo de Responsabilidad

La información contenida en este documento y presentada por el orador se basa en fuentes que se cree que son precisas en el momento en que se hizo referencia. El orador ha hecho un esfuerzo razonable para asegurar la exactitud de la información presentada; sin embargo, no se ofrece garantía ni representación alguna sobre dicha precisión. El orador no se dedica a prestar servicios legales u otros servicios profesionales. La información contenida en este documento no constituye un consejo legal o médico y no debe interpretarse como reglas o como el establecimiento de un estándar de atención. Debido a que los hechos aplicables a su situación pueden variar, o las leyes aplicables en su jurisdicción pueden diferir, si se requiere asesoramiento legal u otra asistencia legal experta, se deben buscar los servicios de un abogado u otro profesional legal competente.

Consulte [Risk Resources: Healthcare Compliance y Guideline: Developing an Effective Compliance Plan: A Guide for Healthcare Practices.](#)

No olvide seguirnos en Twitter [@MedProProtector](#) y en LinkedIn at www.linkedin.com/company/medpro-group/ para obtener información oportuna sobre riesgos y seguridad del paciente, excelentes recursos e información sobre las próximas oportunidades educativas.

The image shows a screenshot of the MedPro Group website's 'Risk Resources' section. The page has a green header with the MedPro Group logo and the text 'Risk Resources' and 'PATIENT SAFETY & RISK SOLUTIONS'. Below the header is a section titled 'Healthcare Compliance' with a list of resources:

- CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES**
 - Medicaid Program Integrity Education
 - Medicare Learning Network: Avoiding Medicare Fraud
 - Medicare Learning Network: Medicare Fraud & Reporting
 - Medicare Learning Network: Provider Compliance
 - Medicare Part C and Part D Compliance and Auditing
 - Physician Self-Referral
- HEALTH CARE COMPLIANCE ASSOCIATION**
 - Code of Ethics for Health Care Compliance Professionals
 - Compliance Dictionary
 - Compliance Weekly News
 - HCAA Compliance Library: Manuals, Compensation, and More
 - Video Library: Healthcare Compliance Experts
- NATIONAL CONFERENCE OF STATE LEGISLATORS**
 - Medicaid Fraud and Abuse
- PHYSICIANS PRACTICE**
 - ABCs of Healthcare Corporate Compliance Professionals
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**
 - CIVIL RIGHTS
 - Civil Rights for Providers of Health Care and Health Care Workers
 - Compliance Activities
 - HIPAA Breach Notification Rule

At the bottom of the list, there are navigation links: '1818 REED ROAD' and 'FORT WAYNE, IN 46835', and 'HOSPITALS | FACILITIES | SENIOR CARE | DOCTORS'. To the right of the list is a book cover for 'Developing an Effective Compliance Plan: A Guide for Healthcare Practices'. The cover is dark blue with a lighter blue section at the top containing the text 'PRACTICE', 'EXPERTISE', and 'GUIDE'. The MedPro Group logo and 'medpro.com' are at the bottom of the cover.