

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

RYDER HEALTH PLAN, INC.

Ave. Font Martelo #353, Suite 1
Humacao, Puerto Rico 00791

Company Code - 95743

1 de enero al 31 de diciembre de 2011

ENMENDADO

Rosa I. Vázquez Lugo
Examinador a Cargo

Tabla de Contenido

ALCANCE DEL EXAMEN.....	1
PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN.....	3
ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN.....	3
ESTATUTOS.....	3
COMPAÑÍAS AFILIADAS.....	4
CONTRATACIÓN PER CÁPITA.....	5
VOLUMEN DE PRIMAS SUSCRITA Y TERRITORIOS.....	6
PRINCIPALES LÍNEAS DE NEGOCIOS.....	7
RESUMEN EJECUTIVO.....	8
RESUMEN DE HALLAZGOS DEL EXAMEN ANTERIOR.....	8
ACTIVIDADES DE CONDUCTA DE MERCADO.....	9
OPERACIONES.....	9
EFECTIVO.....	14
SUSCRIPCIÓN Y TARIFAS.....	14
MERCADEO Y VENTA.....	14
TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES.....	15
<i>SUSCRIPTORES:</i>	15
<i>PROVEEDORES:</i>	18
OTROS ASUNTOS.....	20
RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES.....	23
ANEJO A	
ANEJO B	
ANEJO C	
ANEJO D	



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGURO

30 de enero de 2013

Ángela Weyne Roig
Comisionada de Seguros de Puerto Rico
Guaynabo, Puerto Rico

Señora Comisionada:

Conforme a la Notificación y Orden de Investigación Número CM-2012-05 del 29 de octubre de 2012, y en armonía con las disposiciones del Artículo 2.140 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 214, se practicó un examen de Conducta de Mercado a la organización de servicios de salud, en adelante, “la Organización”:

RYDER HEALTH PLAN, INC.
Ave. Font Martelo #353, Suite 1
Humacao, Puerto Rico 00791

ALCANCE DEL EXAMEN

Este es el primer examen de Conducta de Mercado que se practica a la Organización. El mismo se llevó a cabo en las oficinas principales de la Organización ubicadas en la Avenita Font Martelo #353, Suite 1, Humacao, Puerto Rico. El examen cubrió el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2011, y todas aquellas transacciones subsiguientes que a juicio del examinador fueron relevantes.

El propósito del examen fue determinar si la Organización cumplió con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento.

El mismo comprendió además, una revisión de las actividades del comportamiento en el mercado, considerando las normas y prácticas recomendadas por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés), en su Manual de Conducta de Mercado, así como otros procedimientos de examen, según se consideraron apropiados en la revisión. Se examinaron las operaciones y controles de la Organización, incluyendo las áreas de:

- Tramitación de Reclamaciones
- Mercadeo y Venta
- Personal Autorizado
- Ajuste y Manejo de Reclamaciones
- Suscripción y Tarifas

Durante la fase de planificación y revisión, se examinó el informe anual y el estado financiero auditado correspondiente al 2011, dando mayor atención a las notas presentadas en ambos estados. Esto con el propósito de identificar cualquier divulgación relacionada a los controles internos de la Organización. De esta revisión se observó, que no hubo señalamientos adversos en contra de la Organización.

Los expedientes examinados en cada una de las pruebas, fueron seleccionados de los archivos de datos provistos por la Organización. Los procedimientos del examen incluyeron, entre otras cosas, lo siguiente:

- Revisión de los Artículos de Incorporación y Reglamento de la Organización.
- Revisión de las actas de reuniones de Junta de Directores.
- Revisión de los estados financieros auditados.
- Revisión de la estructura organizacional de la Organización.
- Revisión de los sistemas de información.
- Verificar si la Organización cumplió con las recomendaciones hechas en el examen anterior, y con lo ordenado por el Comisionado.

PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN

La Organización se incorporó en el Departamento de Estado, el 7 de mayo de 1984, bajo el nombre de Ryder Health Plan, Inc., como una corporación sin fines de lucro para proveer servicios médicos hospitalarios a través del Ryder Memorial Hospital, Inc., en adelante, “el Hospital”. Fue autorizada por la Oficina del Comisionado de Seguros, en adelante, “la OCS”, el 1 de octubre de 1984, para proveer planes de cuidado de salud en esta jurisdicción.

La Organización opera bajo la supervisión de una Junta de Directores, compuesta al 31 de diciembre de 2011, por 19 miembros conforme lo disponen sus Estatutos. Refiérase al tópico de “Operaciones”.

Artículos de Incorporación

Conforme lo establece su Certificado de Incorporación, la existencia de la Organización será perpetua y sin fines de lucro. El propósito primordial es operar y mantener una organización de servicios de salud para proveer servicios de salud, a través del Hospital, a aquellas personas que se suscriban a la Organización.

Estatutos

Los asuntos de la Organización estarán dirigidos por una Junta de Directores, quienes a su vez, serán Directores del Hospital. Conforme lo establece su Estatuto, aquellos miembros que no sean residentes de Puerto Rico, nombrarán una persona alterna quien participará de las reuniones de Junta y tendrá derecho a voz y voto.

Los oficiales de la Junta de Directores consistirán de un Presidente, Vicepresidente, Secretario y Tesorero, quienes serán elegidos en la reunión anual de la Junta de Directores.

El Presidente presidirá las reuniones de la Junta de Directores y las del Comité Ejecutivo, en ausencia de éste, será el Vicepresidente quien lo sustituirá, quien asumirá todos los deberes y responsabilidades del Presidente. El Tesorero será a su vez, Presidente del Comité de Finanzas, quien informará sobre las condiciones financieras de la Corporación.

Compañías Afiliadas

La Organización está adscrita a la estructura organizacional de el Hospital, como se presentan en el Anejo A de este Informe. Por cuanto, el Hospital es el que mantiene dentro de su estructura corporativa las áreas de Recursos Humanos, Sistemas de Información, Auditoría Interna, Director Médico, Conservación y Planta Física, Servicios Legales y el Manual de Seguridad y Desastre, entre otras. Sin embargo, no mantiene procedimientos para los Sistemas de Información que promuevan sanas medidas de controles internos que salvaguarden y protejan el acceso a la base de datos de información, por lo que se requiere a la Junta de Directores adopte dichos procedimientos.

Las facilidades donde está localizada la oficina principal de la Organización pertenecen al Hospital, por lo que éste mantiene un contrato de arrendamiento con la Organización desde el 1 de diciembre de 1998, el cual tendrá una vigencia de cinco (5) años, y podrá ser renovado expresamente y por escrito. A la fecha del examen, el referido contrato había sido renovado, cuya vigencia es hasta el 30 de noviembre de 2013, el cual incluye: servicios de mantenimiento y reparación de la planta física, espacio de estacionamiento y electricidad.

El Hospital provee otros servicios a la Organización, para los cuales no hace cargo adicional, tales como:

- Reclutamiento, Selección, Nombramiento, Adiestramientos y Administración de los servicios de Recursos Humanos, aunque la Organización efectúa el pago de nómina de sus empleados.
- Servicios para salvaguardar y proteger la base de datos de los sistemas de información de la Organización.

La Organización no opera como un plan médico de libre selección. Los servicios para el cuidado de la salud que se ofrecen a los suscriptores, se llevan a cabo a través del Hospital, mediante un acuerdo per cápita, el cual se comenta a continuación.

Contratación Per Cápita

La Organización mantiene desde el 31 de octubre de 2007, una contratación per cápita con su afiliada, el Hospital. El contrato per cápita fue aprobado por la OCS, mediante carta AF-229 del 17 de enero de 2008.

El referido contrato entró en vigor el 1 de enero de 2008, sesenta (60) días después de haberse sometido en la OCS, para su evaluación y aprobación, el cual continuaría vigente por un año. El mismo podrá ser renovado por acuerdo escrito entre las partes, por periodos de un (1) año. A su vez, podrá darse por terminado, con o sin causa, mediante la notificación escrita de una de las partes, no menos de treinta (30) días previo a la fecha de terminación.

Bajo el referido contrato, la Organización concertó con el Hospital para que éste ofreciera todos los servicios de salud, según fueron detallados en el Anejo A del contrato, a los suscriptores de la Organización en todas las dependencias del Hospital, a saber: el Hospital en Humacao, en las oficinas satélites en Yabucoa y San Lorenzo, y en el Centro Ryder de San Lorenzo, así como también en aquellas que el Hospital contrate,

no a base per cápita, sino a cambio de honorarios previamente pactados por cada servicio o “fee for service”.

Las partes acordaron que la Organización contrató con el Hospital para que éste brinde a los suscriptores de la Organización los servicios médicos que se describen en la Cláusula III del contrato, sobre una base de \$45.00, por mes por suscriptor, basada en la experiencia de utilización de los servicios determinada por un estudio actuarial.

A la fecha del examen, el referido contrato permanecía vigente, y entre las cláusulas y condiciones del mismo se establecen, en términos generales, lo siguiente:

- La Organización retendrá su responsabilidad primaria hacia sus suscriptores.
- La Organización proveerá al Hospital, el día primero (1^{ro}) de cada mes, una lista actualizada de sus suscriptores.
- La Organización pagará al Hospital no más tarde de el último día de cada mes, la base per cápita contratada.
- El contrato per cápita, no podrá ser para una cantidad menor de 50 suscriptores, pero tampoco excederá el número de suscriptores de la capacidad del Hospital.
- La tasa per cápita no será menor que la cantidad actuarialmente determinada necesaria para cubrir el costo del servicio brindado al suscriptor.

El Hospital garantiza brindar los servicios acordados con óptima calidad, excelencia y suficiencia, representando que mantiene un programa de Evaluación de Calidad y Utilización constante y dinámico. Se observaron incumplimientos que se comentan en el tópico de “Otros Asuntos”.

Volumen de Primas Suscrita y Territorios

La Organización mantiene su oficina principal en Humacao y dos (2) facilidades de Salud, en los pueblos de San Lorenzo y Yabucoa. En su oficina principal se proveen servicios de afiliación de suscriptores, recibo de pagos de primas, orientación de

productos, recibo de reclamaciones de suscriptores y proveedores, recibo de solicitud de pre-autorizaciones, solicitudes de reembolso y pagos por concepto de reembolso a suscriptores y proveedores. Las facilidades de San Lorenzo y Yabucoa, son centros de cuidados de salud, y en cuanto a otros servicios a suscriptores, a través de estos dos (2) pueblos, sólo se reciben pagos, en cheques, de suscriptores adscritos a Pago Directo.

Conforme se reportó en el informe anual al 31 de diciembre de 2011, el volumen de prima suscrita fue el siguiente:

Año	Prima Suscrita		
	Puerto Rico	Otras Jurisdicciones	Total
2011	\$ 2,580,174	\$ 0	\$2,580,174
2010	\$ 2,770,378	\$ 0	\$ 2,770,378

Principales Líneas de Negocios

El total de prima suscrita, segregado por líneas de negocios, conforme lo reportado en el Informe Anual y los registros de la Organización al 31 de diciembre de 2011, fue la siguiente:

Línea de Negocio	Total Prima Suscrita	% Representa del Total de Prima Suscrita
Planes Privados:		
Grupos	\$ 702,417	27.22%
Individuales	1,250,988	48.48%
Total Plan Privado	\$ 1,953,405	75.71%
Gobierno de Puerto Rico (E.L.A.):		
Empleados	\$ 248,230	9.62%
Retirados	252,413	9.78%
Total Gobierno de P.R.	\$ 500,643	19.40%
Suplementario Medicare o Medigap	\$ 126,126	4.89%
Total Prima Suscrita - Informe Anual	\$ 2,580,174	100.00%

RESUMEN EJECUTIVO

En el examen, se identificaron varias prácticas de la Organización que estuvieron en contravención con las siguientes disposiciones legales: Artículos 19.160(3), 19.180(3), 27.162 y 29.230 del Código de Seguros de Puerto Rico, con el Artículo 6, Incisos (3) y (8) de la Regla I-A del referido Reglamento y con el contrato per cápita.

La Organización deberá tomar las debidas medidas correctivas, de modo que se dé estricto cumplimiento a las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, su Reglamento y el contrato per cápita.

Hágase referencia a los diferentes tópicos de este informe, donde se explica en detalle cada uno de los hallazgos que dieron origen a las violaciones de ley.

RESUMEN DE HALLAZGOS DEL EXAMEN ANTERIOR

A continuación se presenta, en términos generales, los hallazgos señalados en el informe de examen anterior, excluyendo aquellos relacionados a ajustes en la situación financiera, dado que nuestro examen no es uno financiero. El referido informe cubría el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2007, Caso Número EX-2008-183, del 5 de septiembre de 2008:

- La Organización incumplió con los Artículos 29.070(3) y 29.080(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, al no presentar a la OCS, las enmiendas efectuadas a sus Artículos de Incorporación y Estatutos.
- Se le requirió a la Organización enmendar el Artículo III de sus Estatutos para que atempere los mismos conforme la composición de la Junta de Directores.
- La Organización incumplió con las disposiciones del Artículo 19.150(4) del Código de Seguros de Puerto Rico, al hacer uso de palabras descriptivas del negocio de seguros.

- La Organización no efectuó acumulación estimada para las reclamaciones pendientes de pago del año 2007, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula III, Inciso 2 del contrato con Ryder Memorial Hospital, Inc.
- Se recomendó a la Organización aplicar el repago de \$50,000, aprobado por la OCS, mediante carta AF-332 del 12 de marzo de 2008. Se recomendó además, que la Organización expresara por escrito a la OCS, su preocupación de cómo el préstamo sin garantía del activo afectaba sus operaciones, para que solicitara el repago de la totalidad del mismo.

Con respecto a los señalamientos del examen anterior, la OCS, no ha emitido Resolución, toda vez, que aún se encuentra en proceso administrativo, y del cual se espera modificación a algunos de estos señalamientos, que surgen de reuniones entre las partes.

ACTIVIDADES DE CONDUCTA DE MERCADO

Se revisaron varios elementos de las actividades de Conducta de Mercado de la Organización que afectaban servicios a suscriptores, reclamantes y otros beneficiarios con el propósito de determinar el cumplimiento con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, su Reglamento y el reglamento operacional de la Organización.

OPERACIONES

Para el período finalizado al 31 de diciembre de 2011, las operaciones de la Organización fueron dirigidas por una Junta de Directores, la cual estaba constituida por los siguientes miembros.

Nombre	Posición
Edward Rivera Santiago	Presidente
Heriberto Silva Crespo	Vicepresidente
Elsa Berríos Benítez	Tesorera
Jesús M. Reina Vázquez	Secretario
Michael Díaz Guzmán	Miembro
Pedro Cepeda Parilla	Miembro
Elisama Velázquez Luzunaris	* Miembro
Elba Santana Rotger	* Miembro
Joaquina De León Camacho	* Miembro

Nombre	Posición
Bárbara T. Baylor	* Miembro
Richard Sparrow	Miembro
Deanna Hallman Navarro	Miembro
Boanerges García Ruiz	Miembro
Juan Marcano Ortiz	* Miembro
Roque Lebrón Baerga	Miembro
Francisca Rodríguez Trinidad	* Miembro
Miriam Alicea Calderín	Miembro
Reinaldo De León Martínez	* Miembro
Olga M. Castro Algarín	Miembro

* - No firmaron la circular de Conflicto de Interés.

Para el 31 de diciembre de 2011, no todos los miembros de la Junta de Directores habían firmado la circular de Conflicto de Interés, y la forma utilizada por la Junta de Directores para salvaguardar el interés de los funcionarios y directores en ciertas transacciones prohibidas, no cumple con el Artículo 29.230 del Código de Seguros.

Comité de Querellas

La Organización mantiene un Comité de Querellas responsable de proveer procedimientos adecuados y razonables para la resolución de querellas escritas, incoadas por cualquier suscriptor o proveedor que estén relacionadas con los servicios del plan de cuidado de salud.

La Organización cumplió con las disposiciones del Artículo 19.120(1)(b) del Código de Seguros de Puerto Rico, al mantener un comité que no excedía de cinco (5) miembros y que no habían estado por un periodo que exceda tres (3) años. Al 31 de diciembre de 2011, el referido Comité estaba constituido por:

Nombre	Representa	Fecha de Ingreso
Luz García Gerena	Individual	8 de enero de 2009
Sahily De Jesús Espinosa	Grupal	8 de enero de 2009
Dr. Rafael Martín	Proveedores	8 de enero de 2009

Las operaciones de la Organización eran manejadas principalmente a través de su oficina principal en Humacao, y distribuidas como se presenta a continuación:

Departamento de Contabilidad

- Organiza, clasifica y procesa facturas de compras y servicios.
- Registra en el Sistema de Información las facturas de compra, equipo y servicios.
- Realiza el ciclo completo de Contabilidad.
- Prepara planillas, informes trimestrales y anuales.
- Prepara, cuadra los depósitos y verifica cuadros con el Registro de Pagos.
- Colabora en la preparación de la Propuesta de Empleados Públicos.
- Asiste y coopera con las auditorías internas y externas.
- Asiste en la preparación del presupuesto anual.
- Realiza anualmente inventario de equipos.

Director Ejecutivo

- Responsable por la administración, establece políticas y procedimientos organizacionales necesarios para lograr las metas y objetivos establecidos.
- Desarrolla, administra, y controla el presupuesto, y vela porque se lleve a cabo las operaciones cumpliendo con el mismo.
- Vela porque la prestación de los servicios de salud se brinden de forma efectiva y eficiente mediante la adquisición, utilización y organización de los recursos disponibles y el desarrollo de técnicas y prácticas apropiadas.
- Representa a la Organización en su relación con otras agencias de salud, organizaciones, grupos, agencias gubernamentales y planes médicos.
- Establece políticas y procedimientos organizacionales que sean necesarios para lograr las metas y objetivos establecidos.

Administrador (Director)

- Planifica, organiza y coordina las actividades operaciones de la Organización.
- Establece normas y procedimientos internos, y a su vez, mantiene informado a su personal sobre el mismo.
- Coordina con otras dependencias asuntos relacionados con los servicios y beneficios que ofrece la Organización.
- Orienta a los proveedores de servicios médicos sobre la utilización efectiva de los servicios y beneficios de la Organización.
- Planifica y coordina actividades de orientación y promoción de los servicios y beneficios de la Organización a los diferentes grupos y agencias.

- Desarrolla cubiertas y servicios a ofrecerse.
- Responsable de mantener coordinación entre la Organización y otras unidades de la institución sobre prestación de servicios.

Como parte de las funciones de la Junta de Directores, ésta a su vez, mantiene los siguientes Comité constituidos en su mayoría por miembros de la Junta de Directores, a quienes se les ha delegado funciones específicas, a saber:

Comité Ejecutivo - constituido de oficiales electos de la Junta de Directores más un miembro adicional, que será nombrado por la Junta en la reunión del mes de diciembre.

- Tendrá poder para realizar todas las transacciones regulares de la Junta en el lapso de tiempo que quede entre reuniones de la Junta de Directores, y velará porque ninguna acción que se tome conflija con la política escrita y los deseos de la Junta de Directores.

Comité de Finanzas - consta de tres (3) miembros, presidido por el Tesorero y el Director Ejecutivo será miembro ex-oficio de este Comité. El referido Comité tendrá entre sus responsabilidades, lo siguiente:

- Evaluar y someter las recomendaciones que correspondan del presupuesto sometido por la administración ejecutiva de la Institución.
- Evaluar cuidadosamente los informes financieros sometidos por la administración ejecutiva e informar a la Junta de Directores sobre la condición financiera y resultados de las operaciones de la Institución.
- Evaluar cuidadosamente los informes del auditor externo y someter las recomendaciones que correspondan a la Junta de Directores.
- Evaluar cuidadosamente los informes de auditoría interna que realice la Oficina de Auditoría Interna y someter las recomendaciones que correspondan a la Junta de Directores.

Dentro de las responsabilidades del Comité de Finanzas está el evaluar los informes de auditoría externa e interna, y llevar las recomendaciones que correspondan a la Junta de Directores. Para el periodo cubierto en el examen, y hasta el momento de concluido nuestro examen, no se había realizado a la Organización ningún examen de la Oficina de Auditoría Interna. Dicho departamento, enfoca sus auditorías en los activos

de cada una de las entidades, particularmente, el efectivo, ingresos y desembolsos a modo de prevenir o detectar situaciones de fraude o malversación de fondos.

En años anteriores, la Oficina de Auditoría Interna había examinado las operaciones de la Organización, sin embargo, no fueron dirigidas al cumplimiento con la reglamentación de seguros, debido a que descansaban de las auditorías realizadas por los auditores externos. Esto manifiesta una delegación de funciones que ocasionó el que no se hayan detectado el sinnúmero de deficiencias en controles internos y sanas políticas de administración en la Organización.

La Junta de Directores, deberá tomar las medidas correctivas de modo que se garantice el que la Oficina de Auditoría Interna incluya dentro de sus procedimientos de auditoría el cumplimiento con la reglamentación de seguros, y no se descansa en las auditorías de los auditores externos.

Por otro lado, a la fecha del examen, la Organización contaba con cuatro (4) empleados, incluyendo al Administrador y excluyendo al Director Ejecutivo quien mantiene sus oficinas en las facilidades del Hospital y no en la Organización.

De éstos, sólo uno (1) estaba encargado del área y ciclo de contabilidad, en donde se controlan las transacciones financieras relacionadas con ingresos, desembolsos y el registro de todas las transacciones en los libros y subsidiarios de la Organización.

La forma en que están distribuidas las tareas de la Organización, por la carencia de recursos, demuestra claramente la insuficiencia de segregación de funciones que minimicen o impidan posibles conflictos de interés que puedan acaecer en la ejecución de los deberes delegados a los empleados.

No existe un área o personal responsable del proceso y control propias de un departamento de Reclamaciones, situación que pudo influir en el incumplimiento tan marcado que se detectó con respecto al atraso en el pago a proveedores.

Se requiere a la Organización evalúe la necesidad de adquirir nuevos recursos que atiendan áreas de reclamaciones y contabilidad, que permita transparencia en la ejecución de las transacciones, en particular, el manejo del efectivo, para evitar posibles conflictos de interés.

Efectivo

Las fuentes de ingresos estaban mantenidas y custodiadas en una sola institución bancaria: Banco Popular de Puerto Rico - Cuenta Número 120228289

La referida cuenta recibe todos los ingresos de la Organización y de ésta, a su vez, se hacen todos los desembolsos, tales como: pagos a proveedores, a suscriptores, los de gastos operacionales y nómina.

SUSCRIPCIÓN Y TARIFAS

Las tarifas utilizadas por la Organización para el año 2011, para las categorías de Ley 95, Pago Directo y Grupo, están presentadas en los Anejos B, C y D, de este informe, respectivamente. No se encontró discrepancia entre las tarifas utilizadas por la Organización en el año 2011, y las archivadas en la OCS.

MERCADEO Y VENTA

Se examinó los archivos de la Organización relacionados a publicidad y a las actividades de venta de sus productos. Para el período examinado, la Organización mercadeó sus productos: Cubierta Grupal, Pago Directo y la de los Empleados del

Gobierno de Puerto Rico (Ley 95), a través de prensa, revista y folletos informativos. Estos últimos, contenía la evidencia de cubierta, tarifas y disposiciones generales sobre procedimientos relacionados con querellas, solicitud de ingreso, entre otros.

TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES

SUSCRIPTORES:

Los procedimientos para la tramitación de las reclamaciones de suscriptores estaban establecidos en los folletos que mantenía la Organización para cada una de las categorías (Grupal, Ley 95 y Pago Directo). Estos procedimientos, entre otras cosas, establecían los servicios a ofrecerse, servicios excluidos, deducibles, co-aseguros y otras disposiciones generales.

Esta última, establecía guías generales en cuanto a la solicitud de ingreso, forma de facturación de la Organización, lugar a ofrecerse los servicios, periodo de gracia, reinstalación, cláusula de conversión, avisos de Reclamación, modelos para la reclamación, pruebas de servicios, tiempo para el pago de reclamaciones y acciones civiles.

En cuanto a lo relacionado al reembolso por gastos médicos (Pruebas de Servicios) y al área de Reclamaciones, las "Disposiciones Generales", para Grupos y Pago Directo, establecen lo siguiente:

Inciso 6 - Aviso de Reclamaciones:

"Al recibir aviso de reclamación el Hospital suministrará al reclamante los modelos que suministra regularmente para la presentación de pruebas de servicios. Si dichos modelos no se suministran dentro de quince días después de dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato en cuanto a la prueba de servicio, si somete, dentro del tiempo fijado en el contrato para la presentación de pruebas escrito lo acaecido y la naturaleza y extensión de los servicios por los cuales se hace la reclamación".

Inciso 7 - Modelos para reclamaciones:

“Al recibir aviso de reclamación, la Organización suministrará regularmente para la presentación de pruebas de servicios. Si dichos modelos no se suministran dentro de quince días después de dado dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato en cuanto a la prueba de servicio, si somete, dentro del tiempo fijado en el contrato para la presentación de pruebas por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de los servicios por los cuales se hace la reclamación”.

Inciso 8 - Pruebas de Servicio:

“En caso de reclamación por servicios para los cuales este contrato provea cubierta, deberá suministrársele prueba escrita a la Organización dentro de noventa (90) días después de la terminación del período por el cual la Organización es responsable. El dejar de suministrar dicha prueba dentro de tiempo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fuese razonablemente posible, y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba”.

Inciso 9 - Tiempo para pago de reclamaciones:

“Las indemnizaciones que hayan de pagarse con arreglo a este contrato, por cualquier servicio, se pagarán prontamente después que se reciba fehaciente de dicho servicio”.

Como se puede concluir de lo anterior, los folletos que se entregan a los suscriptores de Grupos y Pago Directo, no son claros y específicos, en cuanto a instruir al suscriptor en los procedimientos de reclamaciones, y nada se establece, en cuanto a qué documentos específicos se deberán someter para procesar un reembolso médico o un cambio al contrato.

Las disposiciones generales también son ambiguas en cuanto a los días en que se deberá someter la prueba. La guía establece que es dentro de los 90 días después de la terminación del período, subrayado nuestro. Esto no es concreto en cuanto a partir de qué

fecha se comenzarán a contar los 90 días, si es a partir del servicio, a partir de finalizado el mes en que se incurrió el servicio, a partir de un ciclo en particular, entre otros.

Por otro lado, y aunque se establece los 90 días para presentar la prueba, deja establecido que no presentarla dentro de este tiempo, no invalidaría la reclamación.

Toda esta situación, faculta al suscriptor para que éste presente la evidencia que él entienda prudente, y en el momento que así lo considere necesario, el cual pudiese exceder los 90 días. Esta situación no promueve en la Organización controles eficientes de administración, y a su vez, incumple con lo dispuesto en el Artículo 27.162 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Para propósitos de examen, se tomaron muestras de expedientes de suscriptores para las áreas de reembolsos por concepto de gastos médicos y cumplimiento con la Guía al Suscriptor, en cuanto a la documentación requerida para procesar cambios al contrato. De nuestro análisis se concluye lo siguiente:

Reclamaciones de Suscriptores (Querellas)

Para el año 2011, la Organización no recibió querellas de sus suscriptores por concepto de insatisfacción en los servicios o en el monto del reembolso por servicios médicos.

Reembolsos a Suscriptores (Gastos Médicos)

En el sub-tópico de "Suscriptores", bajo el tópico de "Tramitación de Reclamaciones", se establecen, en términos generales, los requisitos para el reembolso a suscriptores por concepto de servicios médicos.

Para este análisis, se identificó en el reporte de pagos efectuados por la Organización de enero a julio de 2012, todos los desembolsos que pertenecían a

reembolsos a suscriptores cuyas fechas de servicio fue el 2011. Para el referido periodo, hubo 32 reembolsos a suscriptores, cuyo sometimiento a la Organización fluctuó entre los 4 a 332 días, a partir de la fecha del servicio.

Se verificó el 100% de dichos reembolsos, y de esta revisión se concluye que en el 56% de los casos, los suscriptores excedieron los 90 días para la presentación de la evidencia y reclamo del mismo.

Esta situación pudiese ser ocasionada por la ambigüedad en las disposiciones divulgadas a los suscriptores en los manuales o guías al suscriptor con respecto al proceso para solicitar un reembolso, lo que no promueve eficacia en su política de administración y en la de sus controles internos.

Se requiere a la Organización, enmiende sus guías al suscriptor de forma que se establezca de forma clara y específica, el procedimiento y documentación con los que deberá cumplir un suscriptor para procesar un reembolso o cambios al contrato, ya que la situación encontrada, no promueve controles eficientes de administración, y a su vez, incumple con el Artículo 27.162 del Código de Seguros.

PROVEEDORES:

Para el año 2011, la Organización no recibió querellas de sus proveedores por concepto de insatisfacción en el reembolso por servicios médicos prestados. Su principal proveedor lo es, el Hospital, con quien mantiene una contratación per cápita, como se comenta en el tópico "Contratación per Cápita".

La Organización efectúa pagos a otros proveedores de salud, a los que se le refieren suscriptores, debido a que el Hospital no cuenta con la especialidad de estos profesionales

de la salud. Es importante señalar, que con estos proveedores no se mantiene contratos, y se observó atrasos en el pago a estos proveedores, que fluctuaron entre los 4 a 706 días, desde la fecha de recibida la reclamación hasta la fecha del pago al proveedor.

Se solicitó un reporte de pagos efectuados por la Organización de enero a septiembre de 2012, que incluyera todos los desembolsos por concepto de reclamaciones a pagar a proveedores por servicios prestados, excluyendo los pagos al Hospital, por la contratación per cápita. Se observó, que sólo se procesaron pagos durante los meses de enero a julio de 2012, para un total de 123 reclamaciones, y que durante los meses de agosto y septiembre, no se emitió pagos a proveedores.

Esta situación pudo ser ocasionada por la falta de personal que monitoreara y revisara el proceso de reclamación de modo que se auditara la facturación de proveedores y la solicitud de reembolsos médicos. Otra situación, lo pudo haber sido la falta de controles en la Organización que le permitiera delinear sus procesos de supervisión y cumplimiento.

Por otro lado, y como parte de la estructura organizacional de la Organización, adscrita al Hospital, se espera del área de Auditoría Interna ser más enérgico en velar que la Organización, cumpla y adopte procedimientos que promuevan sanas políticas de administración y de control interno, que a su vez, garanticen el cumplimiento con aquellas reglamentaciones, no sólo internas, sino también las que se requieren a una organización de servicios de salud por las diferentes entidades regulatorias.

Llama la atención además, que la firma de contadores públicos autorizados no haya emitido carta a la gerencia ni haya hecho divulgación en los estados financieros auditados, que atendiera situaciones detectadas en nuestra auditoría, tales como:

- Falta de segregación de tareas que pudiesen representar posibles conflictos de interés.
- Alto porcentaje de atrasos en el pago a proveedores.
- Falta de un departamento y/o personal para el área de reclamaciones.
- Escases o ambigüedad en los procedimientos a los suscriptores, que garanticen sanas políticas de administración y de control interno.
- Otros hallazgos que se presentan en el tópico, "Otros Asuntos", de este informe.

Por los hallazgos encontrados, se requiere a la Organización, establezca parámetros de cumplimiento que le permita establecer sanas políticas de administración y control en el manejo de sus operaciones, que adquiera personal que atienda el proceso de reclamaciones y que formalice contratos con los proveedores a los que se le refieren los suscriptores.

OTROS ASUNTOS

De la revisión a varios registros de la Organización, nos llamó la atención desembolsos que efectuó la Organización a proveedores que fueron contratados por el Hospital, a quien la Organización mantiene contratado de forma per cápita, refiérase al tópico de "Contratación Per Cápita" .

En algunos de estos pagos, se observó, un desembolso por una cantidad fija, lo que pudiese representar el que el Hospital estuviese subcontratando de forma per cápita, lo que está prohibido por la Carta Normativa y el propio contrato per cápita.

Nuestro examen no fue uno financiero, por lo que no evaluamos si el desembolso que hizo la Organización a estos proveedores, cubiertos en la contratación per cápita, afectó

su liquidez, lo que pudo ocasionar el por ciento significativo de atrasos en el pago a proveedores, y la interrupción de pagos durante los meses de agosto y septiembre de 2012.

Aunque el Hospital reembolsa a la Organización por los desembolsos a estos proveedores, identificados por la Organización como "Censos", algunos reembolsos se hicieron en periodos que fluctuaron los 44 a 123 días, contados a partir del mes al que correspondía el Censo y la fecha del depósito. No existe contrato entre la Organización y el Hospital que establezca las funciones que se transfieren a la Organización, forma de operación y cantidad, si alguna, a pagarse a la Organización por la administración, función propia del Hospital cuando aceptó la Contratación per Cápita.

Esta transferencia de responsabilidad levanta preocupación en cuanto a si en efecto la Organización recibe del Hospital el 100% del desembolso que efectúo, si se reconocen en los libros de la Organización cualquier balance a cobrar o pagar sobre estas transacciones, si esta forma de operar, distinta a lo establecido en el contrato per cápita, anula la esencia de lo que es la contratación per cápita, y si los desembolsos tienen algún impacto adverso en la situación económica de la Organización, ya que no se descuentan del pago per cápita que se hace al Hospital.

Por el sinnúmero de situaciones detectadas, relacionada a la situación financiera, recomendamos a la OCS, realice a la Organización un examen financiero basado en lo siguiente:

- Tiempo transcurrido desde el último examen financiero realizado por la OCS.
- Por lo expuesto en el tópico de "Otros Asuntos", y la posibilidad de que con los desembolsos identificados "Censos", la Organización esté incumpliendo con las

disposiciones de la Carta Normativa CA-I-2-1232-91 del 21 de febrero de 1991, y lo establecido en el contrato per cápita.

- Que existan problemas de liquidez en la Organización que le permita cumplir con el pago a los proveedores no cubiertos en la contratación per cápita.
- Para los años 2010 y 2011, el sometimiento de los estados financieros auditados no cumplió con los requerimientos de la nueva Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.
- Identificar y enfatizar las transacciones entre la Organización y el Hospital, y establecer la necesidad de examinar estas transacciones directamente a través de los libros del Hospital.
- Establecer si las reservas, en cada uno de los años auditados, resultaron ser adecuada en comparación con el desarrollo de años subsiguientes.
- Contingencia no registrada en libros de la Organización de reclamo hecho por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

Respetuosamente,



Rosa I. Vázquez Lugo

Directora

División Conducta de Mercado

RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES

1. El Hospital es el que mantiene dentro de su estructura corporativa el Manual de Seguridad y Desastre. Sin embargo, no se mantiene procedimientos para los Sistemas de Información que promuevan sanas medidas de control interno que salvaguarden y protejan el acceso a la base de datos de información, por lo que se requiere a la Junta de Directores adopte dichos procedimientos. Página 4
2. Para el 31 de diciembre de 2011, no todos los miembros de la Junta de Directores habían firmado la circular de Conflicto de Interés, y la forma utilizada por la Junta de Directores para salvaguardar el interés de los funcionarios en ciertas transacciones prohibidas no cumple con el Artículo 29.230 del Código de Seguros. Página 10
3. La Junta de Directores, deberá tomar las medidas correctivas de modo que se garantice el que la Oficina de Auditoría Interna incluya dentro de sus procedimientos de auditoría el cumplimiento con la reglamentación de seguros, y no se descansa en las auditorías de los auditores externos. Página13
4. La forma en que están distribuidas las tareas en la Organización, por la carencia de recursos, demuestra la falta de segregación de funciones que minimicen o impidan posibles conflictos de interés que puedan acaecer en la ejecución de los deberes delegados a los empleados. Página 13
5. Se requiere a la Organización evalúe la necesidad de adquirir nuevos recursos que atiendan áreas de reclamaciones y de contabilidad, que permita transparencia en la ejecución de las transacciones, en particular, el manejo del efectivo, para evitar posibles conflictos de interés. Página 14

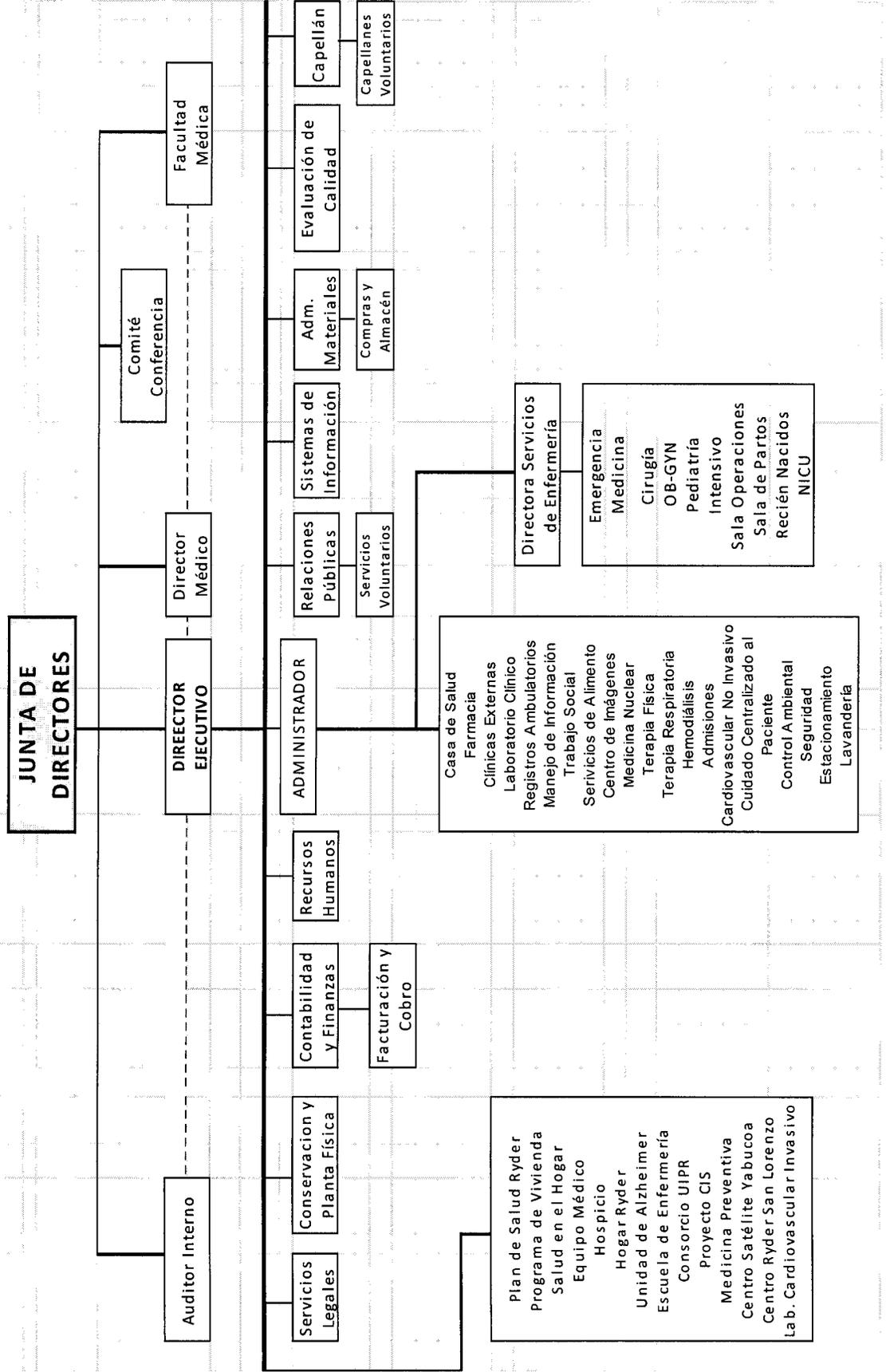
6. Los folletos que se entregan a los suscriptores de Grupos y Pago Directo son ambiguos. Éstos no son claros y específicos, en cuanto a instruir al suscriptor en los procedimientos de reclamaciones, y nada se establece, en cuanto a qué documentos específicos se deberán someter para procesar un reembolso médico o un cambio al contrato. Página 17
7. Se verificó el 100% de los reembolsos a suscriptores, en el 56% de los casos, los suscriptores excedieron los 90 días para la presentación de la evidencia y reclamo del mismo contrario a la guía al suscriptor. Páginas 18-19
8. Se requiere a la Organización, enmiende sus guías al suscriptor de forma que se establezca de forma clara y específica, el procedimiento y documentación con los que deberá cumplir un suscriptor para procesar un reembolso por gastos médicos o un cambio al contrato. La situación encontrada no promueve controles eficientes de administración, y a su vez, incumple con el Artículo 27.162 del Código de Seguros. Página 19
9. Por los hallazgos encontrados en el área de reclamaciones, se requiere a la Organización, establezca parámetros de cumplimiento que le permita establecer sanas políticas de control en el manejo de sus operaciones, que adquiera personal que atienda el proceso de reclamaciones y que formalice contrato con los proveedores a los que se le refieren los suscriptores. Página 20
10. Se requiere además, al área de Auditoría Interna, ser más enérgica en velar que la Organización, cumpla y adopte procedimientos que promuevan sanas políticas de administración y de controles internos, que a su vez, garanticen el cumplimiento con

aquellas reglamentaciones, no sólo internas, sino también las que se requieren a una organización de servicios de salud por las diferentes entidades regulatorias. Página 20

11. Llama la atención además, que la firma de contadores públicos autorizados no haya emitido carta a la gerencia ni haya hecho divulgación en los estados financieros auditados, que atendiera el sinnúmero de situaciones detectadas en nuestra auditoría, señaladas en algunos de los tópicos del Informe de Examen. Página 20
12. Se observó desembolsos efectuados por la Organización a proveedores cubierto en el Contrato per Cápita, que levanta dudas en cuanto a si el Hospital estuviese subcontratando de forma per cápita, lo que está prohibido por la Carta Normativa y el propio contrato per cápita que existe entre las partes. Y si además, esta situación tuvo alguna relación con el por ciento tan significativo de atrasos en el pago a proveedores, y la interrupción de pago que hubo durante los meses de agosto y septiembre de 2012.
Páginas 21-22
13. Por todos los hallazgos señalados en el Informe de Examen, relacionados a la situación financiera, recomendamos a la OCS, realice a la Organización un examen financiero.
Página 22

ANEJO A

Ryder Health Plan, Inc.
Organigrama de Hospital Ryder Memorial, Inc.



ANEJO B

Ryder Health Plan, Inc.
Tarifas - 2011

Para Funcionarios, Empleados, Pensionados de Puerto Rico, sus Municipios y Entidades

Categorías	Básica con Farmacia 9.1 Includida	Farmacia con 9.2 Includida	Major Medical
Activos Pensionados sin Medicare A y B:			
Individual	\$ 100.00	\$ 165.00	\$ 11.00
Pareja	186.00	283.00	16.00
Familiar de 3 o Más	298.00	518.00	18.00
Dependiente Opcional meor de 65 Años	200.00	283.00	19.00
Dependiente Opcional mayor de 65 Años (Sin Medicare A y B)	313.00	440.00	N/A
Dep. Complementaria de Medicare	154.00	255.00	N/A
Categorías			
	Básica	Básica con 9.1 Includida	Básica con 9.2 Includida
Pensionados con Medicare A y B:			
Complementaria	\$ 92.00	\$ 152.00	\$ 286.00
Pareja Uno con Medicare A y B	180.00	295.00	500.00
Pareja Ambos con Medicare A y B	184.00	304.00	464.00
Familiar con Medicare A y B	235.00	467.50	754.00

ANEJO C

Ryder Health Plan, Inc.

Tarifas - 2011

Pago Directo

Categorías	Tarifas
Plan Individual:	
Básico	\$ 44.00
Básico con Medicina	59.00
Básico con Medicina y Dental	64.50
Plan Individual con hijo menor de 19 años:	
Básico	\$ 70.00
Básico con Medicina	95.00
Básico con Medicina y Dental	106.00
Plan Familiar:	
Básico	\$ 102.00
Básico con Medicina	139.00
Básico con Medicina y Dental	161.00
Complementaria de Medicare	\$ 50.00
Periodos de Espera:	
a. Tres (3) meses para servicios médico ambulatorio.	
b. Tres (3) meses para servicios de medicinas en Farmacia.	
c. Seis (6) meses para casos quirúrgicos.	
d. Nueve (9) meses para beneficios de maternidad.	
e. Doce (12) meses para condiciones pre-existentes.	

ANEJO D

Ryder Health Plan, Inc.
 Tarifas - 2011
 Grupos

Categorías	Tarifas
Plan Individual:	
Básico sin Medicinas	\$ 45.00
Básico con Medicina	59.00
Básico con Medicina y Dental	66.00
Mayor Medical	75.00
Plan Individual (Persona Mayor de 65 años Sin Medicare)	
Básico sin Medicinas	\$ 76.00
Básico con Medicina	96.25
Básico con Medicina y Dental	103.25
Plan Familiar:	
Básico sin Medicinas	\$ 109.00
Básico con Medicina	146.00
Básico con Medicina y Dental	174.00
Mayor Medical	188.00
Periodos de Espera:	
a. Tres (3) meses para servicios médico ambulatorio.	
b. Tres (3) meses para servicios de medicinas en Farmacia.	
c. Seis (6) meses para casos quirúrgicos.	
d. Nueve (9) meses para beneficios de maternidad.	
e. Doce (12) meses para condiciones pre-existentes.	