



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**

Departamento de Seguridad Pública  
Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas

PEDRO J. JANER ROMÁN  
SECRETARIO

LCDO. GUILLERMO TORRUELLA FARINACCI  
COMISIONADO

27 de enero de 2020.

Iris Santos Díaz  
Directora  
Oficina de Gerencia y Presupuesto  
P.O. Box 9023228  
San Juan, P.R. 00902

**Re: Petición Presupuestaria 2020-2021**

Estimada señora Santos:

Reciba un cordial saludo de mi parte y a nombre del personal que labora en el Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. Para su consideración, sometemos la Petición Presupuestaria correspondiente al año fiscal 2020-2021:

|                             | <b>Recomendado</b> | <b>Transferido</b> | <b>Disponible</b> |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
|                             | <b>J.C.F.</b>      | <b>D.S.P.</b>      | <b>NCEM</b>       |
| Resolución Conjunta         | \$17,497,000       | \$651,000          | \$16,846,000      |
| Fondos Especiales Estatales | <u>6,225,000</u>   | <u>249,000</u>     | <u>5,976,000</u>  |
| Gran Total                  | \$23,722,000       | \$900,000          | \$22,822,000      |

El presupuesto solicitado fue atemperado al presupuesto base, según los parámetros establecidos por la Junta de Supervisión y Administración Financiera. Se incluyen como anejos los documentos que sustentan los fondos solicitados. Como parte de la integración de recursos de cada Negociado al Departamento de Seguridad Pública, se transfirieron los puestos administrativos al DSP con un impacto ascendente a \$651,000 del Fondo General y de \$249,000 del Fondo Especial Estatal, ambos de la partida de Nómina y Costos Relacionados.

Agradecemos el endoso a nuestra petición

Cordialmente,

  
Lcdo. Guillermo Torruella Farinacci,  
Comisionado

  
Georgina Carrasquillo,  
Directora Recursos Humanos Interina

  
Vivian D. Morales Sánchez  
Directora de Finanzas y Presupuesto Interina



## Trasfondo

El Negociado de Cuerpo de Emergencias Médicas tiene su base legal en la Ley 20 del 10 de abril de 2017, conocida como la “Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico” (DSP), en la cual fue incluido como uno de sus siete (7) componentes.

El Artículo 7.01 de dicha ley dispone que el Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas será responsable de garantizarle a la ciudadanía en general un servicio de óptima calidad cuando de forma no prevista necesiten primeros auxilios, cuidado médico prehospitalario y/o transporte a una facilidad médica hospitalaria adecuada para preservar su salud o disminuir un daño o incapacidad permanente que pueda surgir como consecuencia de una enfermedad o accidente. La responsabilidad de velar por las operaciones diarias del Negociado recae en la figura del Comisionado.

Actualmente el Negociado enfrenta una crisis por falta de personal nunca antes vista. Desde el año 2017 al presente, cerca de 200 paramédicos han renunciado al Negociado y nos hemos visto imposibilitados de sustituirlos por la falta de presupuesto. Este hecho ha afectado seriamente nuestras operaciones y ha puesto las vidas de la ciudadanía en alto riesgo, ya que hemos tenido que recurrir al cierre de turnos diarios, en casi todas nuestras ubicaciones a nivel de toda la isla. Esto ha tenido el efecto directo de afectar seriamente los tiempos de respuesta y la disponibilidad de recursos, lo que ha resultado en la pérdida de vidas y en complicaciones serias en el estado de salud de los pacientes. También esta situación ha tenido el efecto de aumentar significativamente el gasto de horas extras, así como las lesiones del personal a causa del desgaste físico que experimentan. Nuestra clientela no se limita a un sector, sino que abarca toda la isla, alcanzando anualmente cerca de 120,500 ciudadanos aproximadamente. Por tal razón es imperativo contar con el dinero suficiente para cubrir los gastos de nóminas según solicitado en el Presupuesto 2021.

## Introducción Presupuesto FY 2021

La Junta de Supervisión Fiscal (JSF) estableció un *base-line* de \$ 18,825 para la Nómina y Costos Relacionados y de \$4,897 para gastos operacionales, para un total de \$23,722 para el AF 2021. Este total excluye las asignaciones por los conceptos de AEE, AAA, Primas y Fianzas, AEP, y PayGo. La distribución por fondos del *base-line* asignado es la siguiente:

| Baseline Asignado por la JSF<br>AF 2020-2021 |                  |                         |                  |                                 |
|--|------------------|-------------------------|------------------|---------------------------------|
|  | A                | B                       | C                | D = A + B + C                   |
| CONCEPTO                                     | FONDO GENERAL    | FONDOS ESPECIALES (SRF) | FONDOS FEDERALES | TOTAL BASELINE ASIGNADO AF 2021 |
| Nómina                                       | \$ 17,296        | \$ 1,529                | \$ -             | \$ 18,825                       |
| Gastos Operacionales                         | \$ 201           | \$ 4,696                | \$ -             | \$ 4,897                        |
| <b>Total</b>                                 | <b>\$ 17,497</b> | <b>\$ 6,225</b>         | <b>\$ -</b>      | <b>\$ 23,722</b>                |

La información entrada al Módulo de Presupuesto de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) se realizó conforme al *base-line* asignado por la JSF, según las instrucciones impartidas por la propia Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), a excepción de \$900,000 correspondiente a la transferencia del back-office del Negociado al DSP. Esta última cantidad aparecerá reflejada en el Presupuesto Solicitado por el DSP junto a las demás cantidades del back-office transferido por los otros negociados.

En el presente documento, sin embargo, establecemos y justificamos la necesidad real del front-office y los gastos operacionales del Negociado. Dicha necesidad asciende a \$31,876 para el AF 2021 y entre los distintos programas y fondos se distribuyen como sigue:

| PRESUPUESTO REQUERIDO<br>AF 2020-2021 |                  |                            |                     |   |
|---------------------------------------|------------------|----------------------------|---------------------|---|
|                                       | A                | B                          | C                   | D = A + B + C                             |
| CONCEPTO                              | FONDO GENERAL    | FONDOS ESPECIALES<br>(SRF) | FONDOS<br>FEDERALES | TOTAL PRESUPUESTO<br>REQUERIDO<br>AF 2021 |
| Nómina                                | \$ 21,143        | \$ 1,280                   | \$ -                | \$ 22,423                                 |
| Gastos Operacionales                  | \$ 2,601         | \$ 6,852                   | \$ -                | \$ 9,453                                  |
| <b>Total</b>                          | <b>\$ 23,744</b> | <b>\$ 8,132</b>            | <b>\$ -</b>         | <b>\$ 31,876</b>                          |

El Presupuesto Solicitado por el Negociado para el AF 2021 da prioridad a:

- 1) Asegurar los Gastos de Nóminas y Costos para poder asegurar la permanencia del recurso humano (front office) que ofrece los servicios directos a la ciudadanía, para asegurar la prestación de servicios de emergencia. Como bien mencionamos anteriormente, el Negociado atraviesa una crisis de este tipo de personal lo que está poniendo en riesgo la salud y vida de nuestros ciudadanos. Estos recursos, imprescindibles y esenciales, cuentan con unas licencias y la preparación para atender a pacientes en casos de emergencias médicas a través de todo Puerto Rico.
- 2) Gastos de funcionamiento directamente relacionados con la atención de pacientes. Entre estos se encuentran principalmente los gastos para la conservación y reparación de equipos médicos, de equipos de comunicación y de la flota vehicular (ambulancias, vehículos de respuestas rápida y motoras), fondos para la adquisición de equipo especializado y médico-quirúrgico, y la compra de medicamentos. También se incluye la contratación de profesionales médicos especializados en emergencias (Medical

Control) los cuales asisten a técnicos de emergencias médicas mientras atienden las emergencias y necesitan autorización e instrucciones para administrar medicamentos y realizar tratamientos invasivos en las escenas y durante los transportes.

### Presupuesto Requerido FY 2021

La JSF estableció el *base-line* del presupuesto del NCEM en \$ 23,722 para el AF 2020-2021 excluyendo los costos estimados de AEE, AAA, ASG, PayGo, y las Primas de Seguros. De esta cantidad, se le estarán transfiriendo al DSP unos \$900 por concepto del pago de nómina y costos relacionados de todos los empleados administrativos, para un *base-line* neto de \$22,822. No obstante, luego de la implementación de medidas internas de controles de gastos y de realizar un análisis minucioso de las necesidades reales de nuestro Negociado, el presupuesto requerido para el FY 2021 sería de \$31,876. El mismo se desglosa de la siguiente manera:

| PRESUPUESTO AF 2020-2021 |                  |                  |                      |
|--------------------------|------------------|------------------|----------------------|
|                          | A                | B                | C = A - B            |
| CONCEPTO                 | BASELINE         | REQUERIDO        | EXCESO (DEFICIENCIA) |
| FONDO GENERAL            | \$ 17,497        | \$ 23,744        | \$ (6,247)           |
| FONDOS ESPECIALES (SRF)  | \$ 6,225         | \$ 8,132         | \$ (1,907)           |
| FONDOS FEDERALES         | \$ -             | \$ -             | \$ -                 |
| <b>Total</b>             | <b>\$ 23,722</b> | <b>\$ 31,876</b> | <b>\$ (8,154)</b>    |

De acuerdo con la tabla anterior, debemos señalar lo siguiente con respecto al *base-line* de la JSF:

1. El Fondo General muestra una deficiencia de \$6,247.
2. Los Fondos Especiales, (SRF) muestran una deficiencia de \$1,907.
3. El Negociado no contempla la petición de Fondos Federales (SRF).
4. De los \$17,296 del *base-line* asignado para Nómina y Costos Relacionados bajo el Fondo General, \$651 mil serán transferidos al DSP para cubrir los gastos del personal administrativo. Esto le representa al Negociado una insuficiencia de \$4,498 para cubrir la nómina del personal operacional.

A continuación, el detalle de la varianza en la nómina y sus costos con cargo al **Fondo General**:

| GENERAL FUND                            |           |                  |            |  |
|---|-----------|------------------|------------|--|
| IN THOUSANDS OF DOLLARS                 | BASELINE  | REQUESTED BUDGET | VARIANCE   | Explanation  |
| Payroll (Totals)                        | \$ 17,296 | \$ 21,794        | \$ (4,498) |  |
| Salaries for full-time employees        | \$ 13,308 | \$ 17,116        | (3,808)    | El base line recomendado crea una insuficiencia ascendente a \$(3,808), partida de Salarios. 172 empleados operacionales (Front Office) se verían afectados al no tener la disponibilidad de fondos para pagar su salario. El no mantener una plantilla laboral óptima pone en riesgo la vida de pacientes a través de la isla al no contar con suficiente personal técnico paramédicos. |
| Christmas bonus                         |           | \$ -             | -          |  |
| Healthcare                              |           | \$ -             | -          |  |
| Other payroll                           |           | \$ -             | -          |  |
| Voluntary Transition Program (VTP)      |           |                  | -          |  |
| Law 211 (VPP)                           |           |                  | -          |  |
| Law 70                                  | \$ 679    | \$ 679           | -          | Con lo recomendado de base line se estaría cubriendo el pago de pensiones de personal acogido a la Ley 70, de acuerdo a roster de ASR.   |
| Law 26                                  |           |                  | -          |  |
| Other early retirement program benefits |           |                  | -          |  |
| Severance payments                      |           |                  | -          |  |
| Healthcare benefits                     | \$ 821    | \$ 1,070         | (249)      | Los fondos base line AF 2021 representan una insuficiencia de (\$249) lo cual afectaría los beneficios de cuidado de salud de los empleados.   |
| Liquidation of vacation time            |           |                  | -          |  |
| Sick Leave                              |           |                  | -          |  |
| Overtime                                | \$ 300    | \$ 300           | -          |  |
| Other benefits                          | \$ 1,537  | \$ 1,978         | (441)      | En la partida de Otros Beneficios se refleja una insuficiencia de (\$441) que podría representar el incumplimiento con los pagos del Seguro Social y del Fondo de Seguro del Estado requeridos por Ley.  |
| Transfer to DSP (Back-office)           | \$ 651    | \$ 651           | -          | Los \$651 corresponde al costo de salario de 18 empleados "Back Office" transferidos al DSP.   |

Actualmente el Negociado cuenta con 627 empleados, siendo de estos solo 69 los que realizan labores administrativas, en su mayoría relacionadas directamente con las operaciones diarias y con el proceso de facturación a los planes médicos. Este es el número más bajo en la historia del NCEM. Si tomamos en consideración la cantidad actual de personal, el presupuesto recomendado por la Junta no sería suficiente para cubrir los gastos recurrentes de nómina y beneficios a los empleados. Este supuesto, tampoco atendería la crisis actual de personal que enfrenta nuestro Negociado.

Por tal razón, para cubrir nuestras necesidades y poder operar el Negociado de manera más eficiente, durante este año fiscal 2020 estamos reclutando 100 empleados operacionales. Estos empleados, esenciales para cumplir con nuestra responsabilidad legal, representan un aumento de \$2,432,313 por concepto de nómina y beneficios al presupuesto recomendado por la Junta. Esta Cantidad se desglosa de la siguiente manera:(1) Sueldo base \$2,046,000;(2) aportación patronal seguro social \$156,519;(3) aportación patronal F.S.E \$79,794 (la póliza para los componentes del Departamento de Seguridad Publica aumentó también de 3.90%) y (4) aportación plan médico \$150,000. Los uniformes para este personal ya están contemplados bajo el Fondo Especial Estatal.

Si sumamos la deficiencia presupuestaria actual para cubrir nuestros gastos de nómina y costos relacionados, con el gasto por estos mismos conceptos de los nuevos empleados operacionales, estaríamos experimentando una deficiencia de \$4,498 para el FY 2021 utilizando el base line de la Junta como base.

En cuanto a los gastos operacionales con cargo al Fondo General, el base-line asignado ascendente a \$201 es suficiente para atender los gastos del Negociado.

A continuación, un detalle que identifica las partidas por asignación en el área de gastos operacionales con cargo al Fondo General, en la cual se incluye la necesidad de adquirir 20 ambulancias bajo los fondos Capex:

| GENERAL FUND OPEX            |          |                  |            |             |
|------------------------------|----------|------------------|------------|-------------|
| IN THOUSANDS OF DOLLARS      | BASELINE | REQUESTED BUDGET | VARIANCE   | EXPLANATION |
| <b>Non-personnel</b>         | \$ 201   | \$ 2,601         | \$ (2,400) |             |
| <b>Purchased Services</b>    | \$ -     | \$ -             | \$ -       |             |
| Leases                       |          |                  | \$ -       |             |
| Maintenance & Repairs        |          |                  | \$ -       |             |
| Other purchased services     |          |                  | \$ -       |             |
| <b>Transportation</b>        | \$ -     | \$ -             | \$ -       |             |
| <b>Professional Services</b> | \$ -     | \$ -             | \$ -       |             |
| Legal expenses               |          |                  | \$ -       |             |
| Finance/accounting           |          |                  | \$ -       |             |

|  |    |     |    |       |            |
|--|----|-----|----|-------|------------|
| Information Technology (IT)                        |    |     | \$ | -     |            |
| Other professional service fees                    |    |     | \$ | -     |            |
| <b>Capex</b>                                       | \$ | -   | \$ | 2,400 | \$ (2,400) |
| <b>Debt Service</b>                                | \$ | -   | \$ | -     | \$ -       |
| <b>Materials and Supplies</b>                      | \$ | 201 | \$ | 201   | \$ -       |
| <b>Equipment Purchases</b>                         | \$ | -   | \$ | -     | \$ -       |
| <b>Media and Advertisements</b>                    | \$ | -   | \$ | -     | \$ -       |
| <b>Federal Fund Matching</b>                       | \$ | -   | \$ | -     | \$ -       |
| <b>Donations and Subsidies</b>                     | \$ | -   | \$ | -     | \$ -       |
| [Row 1 Description to be entered]                  |    |     |    |       | \$ -       |
| <b>Social Wellbeing for Puerto Rico</b>            | \$ | -   | \$ | -     | \$ -       |
| [Description to be entered]                        |    |     |    |       | \$ -       |
| <b>Appropriations to Non-Governmental Agencies</b> | \$ | -   | \$ | -     | \$ -       |
| [Description to be entered]                        |    |     |    |       | \$ -       |
| <b>Transfer to Back-office DSP</b>                 | \$ | -   | \$ | -     | \$ -       |

Para la compra de 20 ambulancias para continuar con la renovación de la flota sustituyendo unidades que cuentan con más de 10 años y ya sobrepasaron su vida útil.

Los fondos recomendados en la partida de Materiales y Suministros son utilizados para la compra de medicamentos y materiales médico-quirúrgicos. Los mismos son necesarios para el uso, manejo, tratamiento y estabilización de pacientes.

## Fondos Especiales Estatales

En el NCEM, por la naturaleza de los servicios que ofrecemos, tenemos la capacidad de generar ingresos. Los Fondos Especiales Estatales provienen de la facturación a planes médicos y a pacientes por los servicios de emergencia que ofrecemos, de adiestramientos a entidades tanto gubernamentales como privadas y del ofrecimiento de prácticas a estudiantes de emergencias médicas. Por otro lado, tenemos también una cuenta de Ingresos Propios que se nutre de la distribución de fondos del Negociado de Emergencias 9-1-1 por concepto de llamadas de emergencia recibidas y atendidas.

La Junta de Control Fiscal conglomerara estos fondos bajo una asignación denominada "Special Revenues" o Ingresos Especiales. Para el AF 2021 lo recomendado por la Junta bajo estos fondos asciende a \$6,225 de los cuales \$1,529 corresponden a Nóminas y Costos Relacionados y los restantes \$4,696 corresponden a Gastos de Funcionamiento. De la partida de Nómina \$249 serán transferidos al presupuesto al DSP para cubrir los gastos del personal administrativo.

Bajo esta cuenta, el presupuesto recomendado por el *base-line* es funcional, pero nos limita el llevar a cabo un sinnúmero de iniciativas que serían de gran beneficio para la ciudadanía y el Negociado, teniendo la capacidad probada de ingresar una mayor cantidad de fondos. A continuación, explicamos un poco más en detalle.

En el Negociado hemos tomado e implementado muchas medidas para lograr mayor eficiencia en los recaudos de fondos, así como medidas para lograr un mayor control de gastos. Entre estas, por mencionar tan solo algunas, se encuentran el establecimiento de procesos administrativos para ser más eficientes al momento de facturar el ofrecimiento de adiestramientos y la orientación al personal sobre la importancia de una documentación efectiva. En adición, se han entablado comunicaciones frecuentes con la compañía de facturación medica contratada, para asegurarnos que cuentan con la documentación e información necesaria, a tiempo, para mejorar la captación, y se han establecido controles de inventarios rigurosos, entre otros. También hemos sido sumamente proactivos en las negociaciones de tarifas con las aseguradoras de planes médicos lo que ha resultado en contratos con tarifas más altas.

Estas iniciativas han comenzado a dar grandes resultados a pesar de que contamos con una plantilla de personal operacional sumamente limitada. Durante los pasados años hemos mejorado el porcentaje de captación de recaudos y el presente año fiscal 2020 no será la excepción. Este año estimamos culminar con recaudos ascendientes a \$9,190,384, cerca de \$1,905,384 por encima del presupuesto aprobado de \$7,285,000. Esto se debe en su mayoría a las medidas tomadas.

Este año fiscal 2021 prevemos que los ingresos continuaran en ascenso por dos razones principales. En primer lugar, debemos destacar que durante el mes de noviembre logramos finiquitar un acuerdo con la agencia Federal Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) en el cual se le restituyó al Negociado su número de proveedor para poder facturar a Medicare y Medicaid. Dicho número de proveedor había sido desactivado desde el 2016 debido a una investigación pendiente, la cual logramos agilizar y demostrar que era improcedente. Esto tiene el efecto inmediato de que, a partir del mes de diciembre 2019, el Negociado pudo comenzar a facturar a Medicare y Medicaid, lo que producirá ingresos significativos. Este acuerdo también tuvo el efecto de lograr que CMS nos permitiera remitir las facturas que no se han podido presentar desde el 2016, de manera retroactiva, al presente. Esto representa un ingreso adicional aproximado de cerca de \$1,500,000 que con toda probabilidad se recibirán durante el AF 2021. **(Ver Anejo 1 con copia de Acuerdo)** La segunda razón de gran peso es el hecho de que contaremos con más personal operacional atendiendo casos, lo que aumentara significativamente los recaudos.



A continuación, el desglose del detalle de gastos de Nóminas y costos Relacionados con cargo al Fondo Especial Estatal:

| FONDOS ESPECIALES – SRF                 |                 |                  |             |  |
|---|-----------------|------------------|-------------|--|
| IN THOUSANDS OF DOLLARS                 | BASELINE        | REQUESTED BUDGET | VARIANCE    | Explanation  |
| <b>Payroll (Totals)</b>                 | <b>\$ 1,529</b> | <b>\$ 1,529</b>  | <b>\$ -</b> |  |
| Salaries for full-time employees        | \$ 141          | \$ 141           | -           | Este base line cubre el gasto de los únicos dos puestos operacionales de confianza, Comisionado y Director de Operaciones. |
| Christmas bonus                         |                 | \$ -             | -           |  |
| Healthcare                              |                 | \$ -             | -           |  |
| Other payroll                           | \$ 1,060        | \$ 1,060         | -           | Corresponde al pago de liquidaciones adeudadas a empleados que han renunciado en años recientes.                           |
| Voluntary Transition Program (VTP)      |                 |                  | -           |  |
| Law 211 (VPP)                           |                 |                  | -           |  |
| Law 70                                  |                 | \$ -             | -           |  |
| Law 26                                  |                 |                  | -           |  |
| Other early retirement program benefits |                 |                  | -           |  |
| Severance payments                      |                 |                  | -           |  |
| Healthcare benefits                     | \$ 3            | \$ 3             | -           |  |
| Liquidation of vacation time            |                 |                  | -           |  |
| Sick Leave                              |                 |                  | -           |  |
| Overtime                                | \$ 52           | \$ 52            | -           | Pago de turnos especiales personal operacional.  |
| Other benefits                          | \$ 24           | \$ 24            | -           | Pago del Seguro Social y Fondo de Seguro del Estado.   |
| Transfer to DSP (Back-office)           | \$ 249          | \$ 249           | -           | Corresponde al salario de 4 empleados "Back Office" transferidos al DSP.   |

En cuanto a los gastos operacionales con cargo al Fondo Especial Estatal, el base-line asignado asciende a \$4,696. A continuación, desglose del detalle que identifica las partidas por asignación de gastos operacionales con cargo al Fondo Especial Estatal:

| FONDOS ESPECIALES ESTATALES OPEX |          |                  |            |  |
|----------------------------------|----------|------------------|------------|--|
| IN THOUSANDS OF DOLLARS          | BASELINE | REQUESTED BUDGET | VARIANCE   | EXPLANATION  |
| <b>Non-personnel</b>             | \$ 4,696 | \$ 5,517         | \$ (2,156) |  |
| <b>Purchased Services</b>        | \$ 1,335 | \$ 1,335         | \$ -       |  |
| Leases                           | \$ 600   | \$ 600           | \$ -       | Corresponde al arrendamiento de facilidades y equipos, conservación y reparación de otros equipos.   |
| Maintenance & Repairs            | \$ 110   | \$ 110           | \$ -       |  |
| Other purchased services         | \$ 625   | \$ 625           | \$ -       |  |
| <b>Transportation</b>            | \$ -     | \$ -             | \$ -       |  |
| <b>Professional Services</b>     | \$ 1,059 | \$ 1,059         | \$ -       |  |
| Legal expenses                   | \$ -     | \$ -             | \$ -       |  |
| Finance/accounting               | \$ -     | \$ -             | \$ -       |  |
| Information Technology (IT)      | \$ -     | \$ -             | \$ -       |  |
| Other professional service fees  | \$ 1,059 | \$ 1,059         | \$ -       | Corresponde a Servicios Profesionales de la salud y farmacia. Los médicos que asisten como controles médicos a los técnicos de emergencias médicas cuando tienen que administrar medicamentos y realizar tratamientos invasivos. Estos controles médicos también nos cualifican para que nuestras ambulancias sean categorizadas como Ambulancias Tipo III y brindar un servicio Avanzado (ALS), casos de cuidado crítico. También incluye contratos de mantenimiento del CAD y Sistemas de comunicación del Negociado, así como el de una Farmacéutica Regente la cual es requerida por ley para poder adquirir y administrar medicamentos controlados. |
| <b>Other Operating Expenses</b>  | \$ 45    | \$ 45            | \$ -       | Para Cubrir gastos misceláneos.  |
| <b>Debt Service</b>              |          | \$ 80            | \$ (80)    | Para el pago de Deudas de Años Anteriores que no pudieron ser sufragadas con presupuestos anteriores.  |
| <b>Materials and Supplies</b>    | \$ 813   | \$ 1,331         | \$ (518)   | Los fondos bajo la partida de Materiales y Suministros son utilizados para la compra de medicamentos y materiales médico-quirúrgicos. Es importante contar con los fondos suficientes para suplir las necesidades de nuestros pacientes y cubrir nuestras operaciones.   |

|   |          |          |          |  |
|---|----------|----------|----------|--|
| Equipment Purchases                         | \$ 1,244 | \$ 1,892 | \$ (648) | Incluye compra de equipos médicos tales como camillas, monitores cardiacos, ventiladores, aires acondicionados para las bases, radios de comunicación digitales y para la adquisición de tabletas para acceder al CAD y comenzar la facturación electrónica. |
| Facilities and Payments for Public Services | \$ 200   | \$ 1,110 | \$ (910) | Corresponde a gastos de telefonía necesarios para nuestras operaciones, gastos operacionales de servicios públicos.  |
| Federal Fund Matching                       | \$ -     | \$ -     | \$ -     |  |
| Transfer to Back-office DSP                 | \$ -     | \$ -     | \$ -     |  |

Resaltamos que todos los fondos operacionales bajo los Fondos Especiales Estatales son necesarios ya que todos los servicios que brinda el NCEM son esenciales y se brindan de forma directa a la ciudadanía. Por tal motivo, cualquier limitación de medicamentos, equipos, reparación de unidades, y/o escasez de personal, ponen en un alto riesgo la vida de las personas.

### Resumen del Ajuste Solicitado:

El resumen de nuestra necesidad presupuestaria se presenta a continuación para los distintos fondos:

|                         | A                   | B                | C                             | D = A - B - C                           |   |
|-------------------------|---------------------|------------------|-------------------------------|---|---|
| IN THOUSANDS OF DOLLARS | Base-line de la JSF | Requested Budget | Transfer to DSP (Back-office) | Variance Overestimated (Underestimated) | General Remarks   |
| <b>GENERAL FUND</b>     |                     |                  |                               |   |   |
| Payroll                 | \$ 17,296           | \$ 21,143        | \$ 651                        | \$ (4,498)                              | Aumentar Nómina   |
| Non-personnel           | \$ 201              | \$ 2,601         | \$ -                          | \$ -                                    | Asignar fondos Capex  |
| Subtotal                | \$ 17,497           | \$ 23,744        | \$ 651                        | \$ (4,498)                              |   |
| <b>SRF</b>              |                     |                  |                               |   |   |
| Payroll                 | \$ 1,529            | \$ 1,280         | \$ 249                        | \$ -                                    | Aumentar Fondos Gastos operacionales, los cuales son recaudados en su totalidad por el Negociado. |
| Non-personnel           | \$ 4,696            | \$ 6,852         | \$ -                          | \$ (2,156)                              |   |
| Subtotal                | \$ 6,225            | \$ 8,132         | \$ 249                        | \$ (2,156)                              |   |
| <b>FEDERAL FUND</b>     |                     |                  |                               |   |   |
| N/A                     |                     |                  |                               |   |   |
| Totals                  | \$ 23,722.00        | \$ 31,876.00     | \$ 900.00                     | \$ (6,654.00)                           |   |

**SETTLEMENT AGREEMENT**

The parties to this Settlement Agreement (“Agreement”) are: Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico, Inc. (“CEM” or “Petitioner”) and the Centers for Medicare & Medicaid Services (“CMS”).

WHEREAS, Petitioner is enrolled in the Medicare program and had been granted Medicare billing privileges;

WHEREAS, by notice dated October 13, 2016, CMS revoked Petitioner’s Medicare enrollment and billing privileges pursuant to 42 C.F.R. § 424.535(a)(8)(i) (“revocation”), and established a reenrollment bar effective November 12, 2016;

WHEREAS, Petitioner timely filed an administrative appeal contesting the revocation;

WHEREAS, the appeal was docketed by the United States Department of Health and Human Services, Departmental Appeals Board as Case Number C-17-419;

WHEREAS, upon their respective reviews of the unique facts and circumstances, the parties have reached terms of agreement to resolve fully and finally the administrative action and the revocation; and

WHEREAS the parties now desire to memorialize those terms;

ACCORDINGLY, the parties do hereby agree to the following:

1. CMS will rescind Petitioner’s revocation and the associated reenrollment bar, which had been effective as of November 12, 2016, and restore its original Provider Transaction Access Number (“PTAN”) effective date.
2. Petitioner shall file a notice of voluntary dismissal of its appeal before the DAB (Docket No. C-17-419) within five (5) business days of the execution of this Agreement.
3. Petitioner shall implement the attached “Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico Compliance Plan” and “Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico Medicare Billing Addendum to Compliance Plan.”
4. No later than five (5) business days following the entry of the DAB order dismissing Petitioner’s appeal, CMS will instruct First Coast Service Options, Inc. (“FCSO”) to remove the revocation and reenrollment bar notations on Petitioner’s enrollment and restore Petitioner’s original PTAN effective date within twenty (20) business days, and provide written notice to Petitioner of the completion of these actions.
5. CMS will allow Petitioner to submit or resubmit claims with dates of services from

November 12, 2016, through the date on which FCSO completes the reinstatement. Any submission of such claims must be made within the later of: (1) one hundred and eighty (180) days of the date of FCSO's notice of the reinstatement, or (2) one calendar year (12 months) from the date of service. Such claims will not be denied for untimeliness as long as they are submitted within the requisite time; however, all other Medicare rules and regulations related to processing and reimbursement of claims shall apply to such claims." CMS agrees to instruct FCSO to override any timely filing edit for claims with dates of service on or after November 12, 2016, that could not previously have been timely filed due to the revocation, provided such claims are submitted in accordance with paragraph 4 above.

6. This Agreement shall represent no admission of any sort by either party.
7. This Agreement shall fully and finally resolve all disputes related to the administrative action and the revocation based on the notice dated October 13, 2016.
8. This Agreement does not prevent CMS from revoking Petitioner's Medicare billing privileges in the future for any other revocation basis under 42 C.F.R. § 424.535(a).
9. Each party shall bear its own fees and costs.
10. This Agreement shall be final and binding upon the parties, their successors and assigns, upon execution by the signatories.
11. The undersigned attorneys are duly authorized to execute this Agreement and to bind their respective clients to this Agreement.

IN WITNESS WHEREOF, the parties hereto have caused this Agreement to be executed by their duly authorized attorney representatives as of October 30, 2019.

[Signature Appear on Next Page]

Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico (“CEM” or “Petitioner”)

By:



José J. Sánchez-Vélez  
Bermúdez Díaz & Sánchez, LLP  
Edificio Ochoa, Suite 200  
500 Calle de la Tanca  
San Juan, Puerto Rico 00901  
Tel.: (787) 523-2670  
Fax: (787) 523-2664  
Email: jsanchez@bdsllawpr.com

THE CENTERS FOR MEDICARE &  
MEDICAID SERVICES (CMS)

By: *Minisha C. Hicks*

Minisha C. Hicks, Esq.  
Director, Division of Compliance & Appeals  
Provider Enrollment & Oversight Group  
Center for Program Integrity  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
Office: (410) 786-4818  
Fax: (443) 380-7061  
Email: minisha.hicks@cms.hhs.gov

# **CUERPO DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE PUERTO RICO**

## **COMPLIANCE PLAN**

### **I. Purpose and Scope**

The purpose of this plan is to develop standards of conduct for all employees which clearly delineate the policies of the ambulance service with regard to fraud, waste, and abuse and adherence to all guidelines and regulations governing federally funded health care programs, with particular reference to the standards set forth by the Office of the Inspector General (OIG) of the Department of Health and Human Services (HHS). It covers all service operations and personnel of Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico (Petitioner) including employees, independent contractors, and subcontractors, regardless of where they are located. It is not intended to set forth all of the substantive programs and practices of Petitioner that are designed to achieve compliance.

### **II. Procedures and Policies**

#### **A. Standards of Conduct for Employees and Independent Contractors (collectively “personnel”)**

Petitioner maintains and enforces a policy of no tolerance for unlawful or unethical behavior on the part of any personnel, including failure to report evidence of such behavior on the part of any other Petitioner personnel, of any kind or degree. This includes fraudulent, wasteful, or abusive practices, as well as other practices of a questionable nature, and it applies equally to all level of employees, independent contractors and management. All personnel have an obligation to be honest in all dealings with clients, physicians, providers, patients, vendors, and third-party payors, and with other personnel.

Petitioner’s managers shall take seriously their obligation to provide training, leadership, guidance, and help to the personnel they supervise in meeting these standards; and, above all, to set the tone for the company by their own adherence to the standard of ethical conduct.

#### **B. Medical Necessity and Beneficiary Identification**

Federal payors, as well as other third-party payors, expect physicians and non-physician practitioners (“NPP”) to exercise their obligation to obtain the signature of the beneficiary or his or her representative; and verify the names, identifying information (including HIC number), and Medicare eligibility status of patients before billing claims to Medicare. To ambulance personnel, Petitioner shall provide as applicable written or electronic notices which set forth:

1. the Medicare medical necessity and identification policies, which may include local coverage determinations;

2. a requirement that the ambulance personnel not only document the medical necessity for the services but make such documentation available to Petitioner upon request as needed to support payment for the claim;
3. the names and identifying information for Medicare beneficiaries to whom Petitioner is providing services.

### C. Billing

Primary responsibility for most aspects of the actual billing operation falls on Petitioner's billing department, and reference is made here to the attached Medicare Billing Addendum for issues regarding appropriateness and accuracy of billing. However, management actively oversees the billing department in all ways deemed appropriate and necessary to assure compliance with applicable billing requirements for all payers, federally funded and others. In particular, management assumes sole responsibility for maintaining the integrity of Petitioner's billing system and to assure the accuracy of the billing information, specifically by ensuring Petitioner is billing for the appropriate, Medicare-eligible beneficiary. Petitioner will utilize the tools provided by FCSO, such as the Interactive Voice Response ("IVR") system or FCSO's secure internet portal "SPOT," available at: <https://medicare.fcso.com/faqs/Answers/158472.asp>, to verify beneficiary eligibility before submission of claims to Medicare.

### III. Designation of a Chief Compliance Officer

- A. The Chief Compliance Officer shall be Vivian Morales. She shall have:
  1. Responsibility for developing, refining, and updating compliance policies and standards and for their distribution to appropriate individuals;
  2. Responsibility for overseeing and monitoring Petitioner's compliance activities.
- B. The Chief Compliance Officer shall be delegated sufficient authority by Petitioner to undertake and carry out these responsibilities in an effective manner.
- C. The Chief Compliance Officer shall have open access to the company CFO and CEO.
- D. The Chief Compliance Officer shall, as appropriate, report to and take direction from the company CEO.

### IV. Education Program

All new personnel are required to attend in person or, as directed by the Chief Compliance officer, online, Orientation at which they will receive a general introduction to Petitioner's Compliance Program.

All personnel are required to complete Orientation within thirty days of their initial hire



or engagement. In addition, there shall be mandatory compliance education programs conducted annually for all personnel. Attendance is documented with personnel sign-in sheets or through electronic means, and records maintained by the Chief Compliance Officer for all programs.

All personnel should be trained on the risks of non-compliance and the company's non-retaliation policy. Training shall be provided to all employees, including management, and shall cover the proper procedure for verification of beneficiary identity including name HIC number, and the importance of verifying beneficiary eligibility and claim data (including name, HIC number, and date of service) before submission of claims for Medicare reimbursement.

#### V. Communication

All of Petitioner's employees shall have free access to the Chief Compliance Officer and are encouraged to seek additional information or clarification regarding the compliance plan or to report and discuss suspected misconduct. It shall be Petitioner policy to protect employees who communicate with the Chief Compliance Officer from disclosure of their identity and from any retribution for this communication.

#### VI. Auditing and Monitoring

It shall be the policy of Petitioner to cooperate in ensuring the effectiveness of the compliance plan as directed by the Chief Compliance Officer. Not less often than annually the Chief Compliance Officer conducts reviews focused on compliance with Medicare record keeping and billing requirements. The results shall be reported to the CFO and CEO.

#### VII. Disciplinary Actions

A. Violation of Petitioner's rules, policies, or performance standards, or failure to live up to prescribed standards of conduct, shall be dealt with through the Company's normal disciplinary procedures, i.e., through the department of Human Resources Management (HRM). Corrective /disciplinary action, if found to be in order, will range from counseling and retraining up to and including termination of employment.

B. Examples of conduct that may result in disciplinary action (not a comprehensive list):

1. Committing, participating in, or authorizing a violation of law, regulation, or policy;
2. Withholding or failing to report information about such violations;
3. Failure by a manager or supervisor to provide adequate supervision or to exercise due diligence in monitoring ethical behavior and conformance to company policies;
4. Retaliating or attempting to retaliate against individuals who report violations;

5. Making deliberately false or frivolous reports of unethical behavior;
6. Discriminating against or harassing other personnel.

VIII. Reporting and Response

- A. All reports or other evidence of potential violations or misconduct shall be promptly investigated by the Chief Compliance Officer. Depending on circumstances, this investigation may be undertaken in concert with other officials. The company shall establish protocols for responding to allegations of fraud or misconduct, with instructions about retaining and preserving records, and cooperating with those conducting the investigation. If a compliance violation has occurred, it would be reported to the board and possibly legal counsel, with appropriate follow-up actions and, if necessary, report the matter to the government. If there is an overpayment, steps will be taken to make any repayment.
- B. If it is determined that a violation has occurred, Petitioner will take *all* steps necessary to correct the violations and misconduct.
- C. It is the policy of CMS not to hire nor to retain individuals who have been convicted of a criminal offense related to health care or who are identified by any state or federal agency as debarred, excluded, or otherwise ineligible for participation in health care programs. All personnel should be “vetted” against government-exclusion databases prior to hiring or entering into a contract. The databases are found at <https://exclusions.oig.hhs.gov/> and <https://www.sam.gov>.

**CUERPO DE EMERGENCIAS MÉDICAS**  
**DE PUERTO RICO, INC. MEDICARE BILLING**  
**ADDENDUM TO COMPLIANCE PLAN**

**I. Purpose and Scope**

The purpose of this Medicare Billing Addendum to the Compliance Plan is to establish guidelines to ensure that claims submitted by Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. (“CEM” or “Petitioner”) for ambulance transportation services are accurate and correct for each Medicare beneficiary.

**II. Claims Submission Process**

Petitioner has developed a Claims Submission Process including different steps to ensure that verification of Medicare beneficiary’s information is performed prior to submitting a claim for services.

- A. Billing Information System. Petitioner has assigned to the billing department the responsibility to enter into its billing information system from the claim form, the patient’s demographic information (patient’s name, date of birth, address, Health Insurance Claim Number or Medicare Health Insurance Card Number (“HICN”). If Petitioner is unable to obtain this information at the time of service, it must obtain the information before submission of the claim to Medicare.
- B. Medicare Eligibility Verification. Petitioner has assigned to the billing department, the responsibility to confirm Medicare eligibility of each beneficiary. The billing department has the responsibility to review and verify that the Medicare beneficiary’s name, date of birth, address, and HICN indicated on the claim form is correct. Petitioner will utilize the tools provided by FCSO, including the Interactive Voice Response (“IVR”) system or FCSO’s secure internet portal “SPOT,” available at: <https://medicare.fcsocom>, which provides secure real-time patient eligibility and benefit determination.
- C. HICN Verification - Two Steps Process
  - 1. One member of the billing department is responsible for entering the Medicare beneficiary’s HICN into the billing software in preparation for submission of the claim to Medicare. That member has the responsibility to verify and ensure that the HICN identified on the claim form is correct and matches a living beneficiary.
  - 2. A second member of the billing department is responsible for controlling and confirming that the Medicare beneficiary’s HICN entered into the billing software is correct.
- D. Written Protocol. Each employee of Petitioner involved at every stage of the Claims

Submission Process for Medicare beneficiaries will agree to and acknowledge his or her understanding of and responsibility for compliance via a Written Protocol, copies of which are attached as Exhibit 1 through Exhibit 4.

**EXHIBIT 1**

**CLAIM BILLING SYSTEM WRITTEN PROTOCOL**

**OBJECTIVE:** To ensure that claims submitted by Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico, Inc. (“CEM” or “Petitioner”) for ambulance services are accurate and correct for each Medicare beneficiary.

**RESPONSIBILITY:** The undersigned agrees and acknowledges that he/she will be responsible to enter into Petitioner’s Claim Billing System from the claims form, the patient’s demographic information (patient’s name, date of birth, address, Health Insurance Claim Number or Medicare Health Insurance Card Number (“HICN’’)). If any information is missing, incomplete or incorrect, Petitioner must obtain the information and correct the claim before submission to Medicare. The undersigned will perform his/her duties in compliance with Petitioner’s Compliance Plan and more specifically with the Medicare Billing Addendum.

**DATE:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Printed Name:** \_\_\_\_\_

**Title:** \_\_\_\_\_

**EXHIBIT 2**

**MEDICARE ELIGIBILITY VERIFICATION WRITTEN PROTOCOL**

**OBJECTIVE:** To ensure that claims submitted by Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico, Inc. (“CEM” or “Petitioner”) for ambulance services are accurate and correct for each Medicare beneficiary.

**RESPONSIBILITY:** The undersigned agrees and acknowledges that he/she will be responsible to verify each beneficiary’s Medicare eligibility. The undersigned will perform his/her duties in compliance with Petitioner’s Compliance Plan and more specifically with the Medicare Billing Addendum. The undersigned will use the IVR voice system or SPOTS internet portal to verify and confirm Medicare eligibility for each beneficiary.

**DATE:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Printed Name:** \_\_\_\_\_

**Title:** \_\_\_\_\_

**EXHIBIT 3**

**HICN INPUT WRITTEN PROTOCOL**

**OBJECTIVE:** To ensure that claims submitted by Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico, Inc. (“CEM” or “Petitioner”) for ambulance services are accurate and correct for each Medicare beneficiary.

**RESPONSIBILITY:** The undersigned agrees and acknowledges that he/she will be responsible to enter the Medicare beneficiary’s Health Insurance Claim Number (“HICN”) into the billing software in preparation for submission of the claim to Medicare. The undersigned will perform his/her duties in compliance with Petitioner’s Compliance Plan and more specifically with the Medicare Billing Addendum.

**DATE:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Printed Name:** \_\_\_\_\_

**Title:** \_\_\_\_\_

**EXHIBIT 4**

**HICN VERIFICATION WRITTEN PROTOCOL**

**OBJECTIVE:** To ensure that claims submitted by Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico, Inc. (“CEM” or “Petitioner”) for ambulance services are accurate and correct for each Medicare beneficiary.

**RESPONSIBILITY:** The undersigned agrees and acknowledges that he/she will be responsible for controlling and confirming that each Medicare beneficiary’s HICN entered into the billing software is correct. The undersigned will perform his/her duties in compliance with Petitioner’s Compliance Plan and more specifically with the Medicare Billing Addendum.

**DATE:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Printed Name:** \_\_\_\_\_

**Title:** \_\_\_\_\_