



accenture

High performance. Delivered.

Newsletter de la práctica de salud de Accenture Latinoamérica

Editorial

Estimado lector

Es bien conocido el hecho de que los pagos inapropiados, incluyendo el fraude y abuso, son problemas de grandes dimensiones en salud, si bien muchas veces resulta difícil ponderar su profundidad y alcance. Por esto, y por otras razones, pocas veces se los combate en forma estructurada y sistemática.

En Accenture hemos trabajado con organizaciones públicas y privadas en la detección y reducción del fraude. Implantamos procesos y tecnologías que permiten reducir los pagos inapropiados, el fraude y el abuso, reduciendo el costo en salud, y favoreciendo una financiación más justa de la salud para todos. Dichas experiencias se presentan en esta nueva edición del newsletter. Esperamos que su lectura ayude a reforzar el comportamiento ético de los actores de la industria y contener los costos en salud.

Daniel Ríos

Socio responsable de la práctica de Health and Life Sciences para Latinoamérica, Accenture

Tecnología y otras herramientas para reducir fraude, abuso y pagos inapropiados

La magnitud del problema

Nadie en salud es ajeno al hecho que los costos van en aumento, y que la mayor parte de las aseguradoras realizan esfuerzos de gestión para intentar contener el gasto médico. Los pagos inapropiados constituyen un componente del costo médico que puede ser controlado.

Para entender la dimensión del problema, baste describir los hallazgos de un informe realizado por Medicare (aseguradora pública de los retirados de los Estados Unidos) en 2002, donde se concluyó que, de los 192 billones de dólares pagados en servicios médicos en el 2001, 12 billones (6%) no debían haberse pagado, por facturación incorrecta, falta de documentación respaldatoria o simplemente fraude. Si bien los principales damnificados son los planes de salud privados o públicos, en alguna medida todos somos víctimas porque eso se traduce en primas de seguro más altas, menos beneficios, impuestos más altos o copagos más altos.

Pagos inapropiados

Hay una multiplicidad de fuentes de pagos inadecuados, primariamente relacionadas con la complejidad inherente al procesamiento de la facturación de prestadores (claims).

Una lista no exhaustiva de causas de pagos inapropiados podría incluir:

- Pagos fuera de término establecido
- Pagos duplicados
- Pago de procedimientos con insuficiente documentación respaldatoria
- Pagos a beneficiarios después de su período de cobertura
- Pago de servicios no contratados o por encima del valor de contrato
- Pago de servicios no cubierto
- Pago de servicios no autorizados
- Identificadores múltiples de prestador
- Pagos efectuados por prestación cuando debían haber estado incluidos en servicios modulados o capitados
- Fraude
- Procedimientos inapropiados (abuso)



Cuando analizamos la causa raíz de pagos inadecuados, hallamos problemas de procesos, de tecnología, de capacitación, de políticas. Entre ellos se detallan: procedimientos no estandarizados, falta de actualización de archivos maestros de sistemas, pobre lógica del sistema de procesamiento de claims, representación inadecuada de módulos en los sistemas, excesiva dependencia en procesos manuales, insuficiente evaluación del desempeño de prestadores, etc.

Fraude y abuso

Fraude y abuso son circunstancias especiales de pagos inapropiados que requieren un análisis particular.

Fraude es una situación caracterizada por el engaño intencional y deliberado a través de facturación de servicios nunca realizados a pacientes.

Abuso es la realización de servicios claramente inapropiados, no necesarios médicamente u obtenidos sólo para beneficio personal. Por ejemplo: cirugías innecesarias, o un número excesivo de consultas.

La National Health Care Anti Fraud Association (una organización pública-privada sin fines de lucro) estima que el fraude representa entre el 3% y el 10% del gasto total en salud. El fraude puede originarse en los empleadores, los prestadores, los pacientes o una combinación de los anteriores.

Los pacientes pueden, solos o con la coparticipación con prestadores, contribuir al fraude en salud. Pueden mentir acerca de su condición de salud para recibir tratamiento (por ejemplo, negar preexistencias). También pueden participar en fraude de identidad, simulando ser otra persona y recibiendo los beneficios de la cobertura de dicha persona. Los pacientes también pueden alterar o falsificar las facturas del prestador para obtener un reintegro mayor (lo que puede ser en connivencia con los prestadores

también), o pueden consultar a varios médicos para obtener prescripciones y de ese modo comprar medicación adicional.

Los empleadores que adquieren planes corporativos también pueden enrolar individuos no elegibles o cambiar la fecha de contratación para impactar en la cobertura.

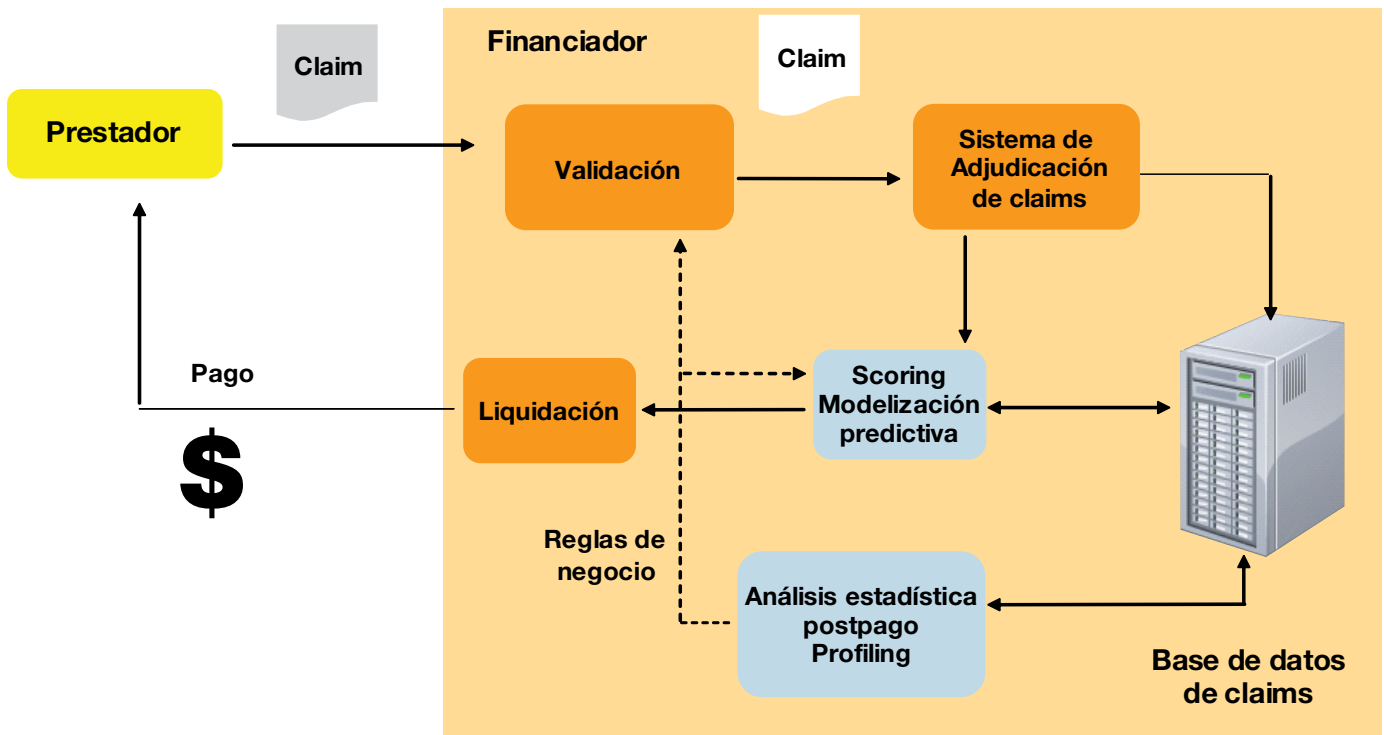
Los prestadores pueden facturar servicios que no brindaron o sobrefacturar servicios que fueron brindados. Pueden también facturar servicios adicionales o más caros que los estrictamente necesarios, definido más arriba como abuso. Típicamente eso se hace para reemplazar servicios menos rentables por servicios más rentables. Los prestadores pueden disfrazar la condición del paciente para lograr moverlo de una categoría no cubierta a una cubierta, y así poder facturar sus servicios (por ejemplo, una rinoplastia estética podría facturarse como septumplastia).

El daño infringido por el fraude va más allá de pérdidas financieras. Muchos pacientes son sometidos a procedimientos que no necesitan, o en casos de toques de cobertura, sus beneficios se acaban sin haberlos utilizados por servicios fraudulentos pagados.

Algunas organizaciones tienen programas de ética, designados para dejar claro que el fraude es un delito y que quienes lo cometan serán castigados. Una vez que el fraude ha ocurrido, se investiga quién estuvo involucrado y se trata de recuperar el dinero pagado incorrectamente. Sin embargo, una vez que se ha incurrido en un pago inadecuado, la tasa de recupero posterior es muy baja, y por eso debe trabajarse a priori.

Cómo la tecnología puede ayudar

El proceso de liquidación de facturas de prestadores (claims) se podría dividir en tres etapas: antes de entrar al sistema de claims, después de ingresar al sistema de claims previo al pago, y después del pago.



La tecnología puede ayudar en la primera etapa, antes de entrar al sistema. Los formularios inteligentes facilitan la entrada de los datos correctos y necesarios al momento de la captura. Los sistemas de identificación biométrica de personas evitan el intercambio de credenciales y el fraude de identidad. Las validaciones básicas de legitimidad hechas con motores de reglas aumentan dramáticamente el número de claims correctos que entran en el sistema y están listos para ser pagados. Un motor de reglas es básicamente una aplicación informática que puede validar datos en cada registro (en este caso nos referimos a cada claim), definidos por expertos de negocio. Esto permite rápidamente analizar las facturas y filtrar aquellos claims con información insuficiente o con errores evidentes, excluyéndolos del procesamiento automático y forzando un análisis individualizado.

Una vez que los claims fueron aceptados para su ingreso al sistema de adjudicación, y comienza su procesamiento, se pueden utilizar modelos analíticos que establecen un score de probabilidad de fraude. El score de probabilidad de fraude se

puede utilizar junto con otros datos (por ejemplo, el valor total), para separar los claims que pueden pagarse automáticamente de los que deben ser analizados manualmente.

El éxito de este trabajo depende de patrones (patterns) conocidos de fraude y abuso. Con el continuo escrutinio de claims dudosos se consigue identificar nuevos patrones de fraude que se pueden aplicar a los claims aún no pagados. Esta técnica se denomina modelización predictiva y a través de redes neurales y otros modelos estadísticos permite predecir el riesgo de que un determinado claim sea fraudulento, a la luz de patrones de fraude conocidos.

Sobre los claims que ya fueron pagados, el trabajo de detección se hace primariamente a través de análisis estadístico. Muchas veces la observación individual de la liquidación del prestador no resulta sospechoso, pero el análisis estadístico de todos sus claims puede sugerir fraude. Esto gatilla una investigación posterior y también permite identificar nuevos patrones de fraude para aplicar a claims aún no pagados.

Alineado con lo anterior, la metodología de perfilamiento (profiling) de prestadores busca transformar datos aislados en una descripción matemática. Estos perfiles describen los detalles relevantes que tienen valor predictivo del comportamiento de cada prestador.

Finalmente, herramientas de flujo de trabajo (workflow) son de gran utilidad en todo el proceso de investigación y recupero de dinero pagado.

Casos de éxito

Plan de Salud Blue Cross Blue Shield

Este plan de salud Blue Cross Blue Shield (BCBS) es la aseguradora de salud más grande de un estado americano de tamaño medio, prestando servicios para varios millones de personas en planes individuales o corporativos. Este Plan BCBS procesa más de 6 billones de dólares en claims anualmente. Como toda compañía, esta aseguradora de salud quería reducir la incidencia de pagos inadecuados.

Un equipo de Accenture trabajó junto a esta aseguradora para identificar problemas que estaban causando pagos indebidos. Se creó una nueva capacidad organizacional para evitar pagos indebidos y para gestionar el recupero de los mismos.

Este esfuerzo produjo un aumento de 10 veces en el recupero de claims: de 3 millones de dólares por año a 30 millones de dólares, lo que quiere decir que el proyecto se pagó por sí solo varias veces.

National Health System – NHS (UK) – Department of Social Security

Accenture trabajó con la Agencia de Beneficios del Departamento de Seguridad Social del NHS para:

- Evaluar la magnitud del fraude
- Identificar las áreas de riesgo
- Definir la estrategia para combatir el fraude
- Desarrollar un plan de implementación

El retorno de la inversión de este proyecto fue superior a 5:1 para los 5 años de implantación de la iniciativa

Cómo Accenture puede ayudar

Podemos ayudar a su organización a identificar las fuentes de pagos inadecuados, ponderar la magnitud de la pérdida por cada causa y el tamaño de la oportunidad, desarrollar e implementar soluciones basadas en procesos y tecnología, y medir el impacto global en la reducción de costo médico.

Nos enfocamos en el recupero de los pagos indebidos pasados así como en la prevención de futuros pagos. Trabajamos colaborativamente con todas las áreas que impactan el costo médico y no solamente el procesamiento de la facturación de prestadores.

Entre los beneficios esperables se enumeran:

- Ahorro estimado de 1,0 a 1,5% para el primer año de proyecto
- Aumento en la precisión de pagos a prestadores con reducción de costo médico a largo plazo
- Ahorros adicionales por la automatización y estandarización de procesos
- Aumento de débitos efectuados correctamente y reducción de los realizados incorrectamente
- Menos disputas con los prestadores por la aplicación consistente de los contratos

Conclusiones

Los pagos indebidos, el fraude y el abuso en salud son problemas reales y en crecimiento. Reducirlos significa que más dinero se aplica al cuidado de la salud y menos a quienes tienen una conducta indebida, un beneficio para todos.

La integración de la tecnología con los procesos y flujos de trabajo son clave en la investigación de la facturación de prestadores.

La tecnología puede reducir el número y valor de claims que se pagan inapropiadamente, ayudando a los prestadores honestos y mejorando el proceso de liquidación.

Acerca de la práctica de Salud de Accenture

Accenture ayuda a las organizaciones de Salud a obtener un alto rendimiento a través de la implementación de estrategias innovadoras, el desarrollo de nuevos modelos operativos y de negocios y la búsqueda de nuevas formas de utilizar la tecnología de la información.

Contamos con una profunda experiencia en la industria, amplio conocimiento de los procesos, las tecnologías y las capacidades necesarios para producir cambios complejos a gran escala. Abarcamos todo el sector salud, proporcionando a nuestros clientes perspectivas sobre las tecnologías y las tendencias de negocios actuales y emergentes.

Tenemos un equipo de más de 5000 profesionales a nivel global que incluyen PhD's, investigadores, médicos, enfermeras, odontólogos y administradores de organismos gubernamentales, así como altos ejecutivos de los segmentos clave de la industria tanto públicos como privados, que aportan su experiencia al trabajo continuo que realizamos con nuestros clientes.

Acerca de Accenture

Accenture es una compañía global de consultoría en management, tecnología y outsourcing. Su objetivo fundamental es colaborar con sus clientes para ayudarles a hacer realidad la innovación que les permita convertir sus organizaciones en negocios de "High Performance".

Con profundos conocimientos en las distintas industrias, experiencia en procesos de negocios, amplios recursos con cobertura global y una probada trayectoria, Accenture pone a disposición de sus clientes la gente, las tecnologías y los conocimientos más adecuados para cada necesidad.

A nivel mundial la compañía cuenta con más de 181.000 profesionales en 120 países y en el ejercicio finalizado el 31 de agosto de 2008 logró una facturación de US\$ 23.390 millones.

Web site: www.accenture.com

Para más información sobre cómo lograr un alto desempeño, contáctese con:

Argentina

Marcelo Duerto
marcelo.v.duerto@accenture.com
+ 54 11 4318 8534

Pablo Bonelli
pablo.bonelli@accenture.com
+ 54 11 4318 8529

Brasil

Andre Luiz Zottis
andre.l.zottis@accenture.com
+ 55 11 5188 3494

Chile

Daniel E. Rios
daniel.e.rios@accenture.com
+ 56 2 337 7116

Alvaro Sandoval Trombert
alvaro.sandoval@accenture.com
+ 56 2 337 7116