

INFORMACIÓN

6 TIPS

por J. Michael Skiba, PhD a.k.a. Dr. Fraud

Para mejorar las investigaciones de fraude en facturas médicas

El fraude en facturas médicas en los seguros de bienes y accidentes y de salud continuará creciendo a un ritmo bastante preocupante. La investigación académica sobre teoría criminológica proporciona observaciones sobre por qué esta área es tan atractiva para los estafadores. Es muy importante comprender los factores emocionales detrás del comportamiento del fraude si se quieren implementar potentes estrategias contra este. El fraude de facturas médicas crea una oportunidad conductual (factor de

estímulo), ya que hay en juego una gran cantidad de dinero. Junto con las vulnerabilidades en el sistema de protección de las organizaciones que intentan combatirlo, se crea un entorno perfecto para el fraude.

Hay una infinidad de teorías criminológicas, como la elección racional, que confirman esta perspectiva. Las organizaciones se deben asegurar de que cuentan con estrategias contra el fraude que se enfoquen específicamente en el fraude de facturas médicas.

Aquí les proporcionaremos algunos tips estratégicos basados en la experiencia de trabajar directamente con compañías de seguro:

1 Conciencia en el área ejecutiva

Asegúrese de que los ejecutivos corporativos dentro de la organización tengan conciencia del gran impacto que tiene este tipo de fraude. A menudo, los departamentos de fraude tienen problemas para conseguir la participación de otros departamentos y equipos ejecutivos, ya que hay una falta de conciencia sobre la real naturaleza del problema. Tan solo con compartir información entre grupos de la industria, análisis y otras compañías de seguro, ayudará a generar más conciencia.

2 Enfocarse primero en los casos de mayor exposición

Con frecuencia, las compañías de seguro se enfocan en cada proveedor, problema de codificación, etc., pero es crucial priorizar aquellos esquemas de facturación médica que tengan mayor impacto en una organización. Estos esquemas pueden diferir entre organizaciones, como un proveedor específico o un procedimiento de codificación específico.

3 Aprovechar la información externa

Las organizaciones deberían crear una prioridad específica para mantenerse al tanto de las detenciones e investigaciones recientes que ocurren a nivel local, estatal, nacional e internacional. Normalmente, estos casos tienen cientos de conexiones y es muy probable que se superpongan entre organizaciones.

4 Crear un ciclo de retroalimentación

Asegúrese de que las conclusiones aprendidas e información conseguida se incorporen a la estrategia contra el fraude. Si esta información crucial no se incorpora a la estrategia, deja de tener valor. Asegúrese de integrarla de alguna manera.

5 Aprovechar la tecnología

Las empresas tienen muchas herramientas de fraude a su disposición, las que han demostrado proporcionar un gran ROI. Las plataformas de detección de fraude pueden ayudar a clasificar miles de cuentas, puntos de datos y proveedores, una tarea que sería imposible con medidas manuales. Estas herramientas son una inversión que vale la pena, y es fundamental aprovechar estos sistemas y sus capacidades para descubrir áreas clave de vulnerabilidad.

6 Desarrollar un enfoque de resolución con varios niveles

Una vez que se identifican los reclamos sospechosos, se tienen que crear diferentes niveles o enfoques para manejar su resolución: el 1er nivel serían casos de fácil acceso o que se pueden rechazar con muy pocos recursos internos; en el 2do nivel, se encuentran los casos que requieren pocos recursos, como una llamada telefónica o búsqueda en la web; y el 3er nivel, los casos que requieren investigación de la Unidad de Investigación Especial (SIU). Tener un plan de resolución estructurado mantendrá fortalecida y enfocada a la SIU generando el máximo ROI.

Para más información:

INFORM Software SpA

María Luisa Santander 468, Of. 210

Providencia, Región Metropolitana, Chile

Telefono: +569 6142 5375

latinoamerica@inform-software.com