



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Buenas Prácticas en la Seguridad Social

Buena práctica implementada desde: 2017

DEFRADA (*Deteksi Potensi Fraud Dengan Analista Data Klaim*): desarrollo de una herramienta de detección de fraudes en los servicios hospitalarios

**Organización de Administración de la Seguridad Social para la Salud
Indonesia**

Año de publicación: 2018

www.issa.int

Resumen

No es fácil identificar la incidencia del fraude en la atención sanitaria. Al tratarse de un país que lanzó su programa del Seguro Nacional de Salud (Jaminan Kesehatan Nasional – JKN) en 2014, no hay muchos actores que ofrezcan herramientas de detección del fraude para el sistema de pagos previstos en función del diagnóstico de Indonesia (Indonesia-Case Based Group – INA-CBG). Además, la ley que establecerá una investigación para casos potencialmente fraudulentos aún está en proyecto. Por otra parte, el número de participantes en el JKN y el número de solicitudes está creciendo notablemente. A finales de 2017, el número de solicitudes ascendió a 80 641 271. Esta situación llevó a la Organización de Administración de la Seguridad Social para la Salud (Social Security Administering Body for the Health Sector – BPJS Kesehatan) a crear DEFRADA, una herramienta de detección de fraudes para las solicitudes de pagos del INA-CBG en los servicios sanitarios de derivación.

El presente documento esboza la implementación de DEFRADA y sus contribuciones a la eficiencia de costes del JKN. En 2017, DEFRADA supuso entre el 25 y el 30 por ciento de las ganancias totales derivadas de la eficiencia de costes. La implementación demuestra que la eficiencia en el análisis de los datos permitirá continuar mejorando el futuro.

Asunto o desafío

¿Qué asunto o desafío aborda su buena práctica? Por favor, descríballo brevemente.

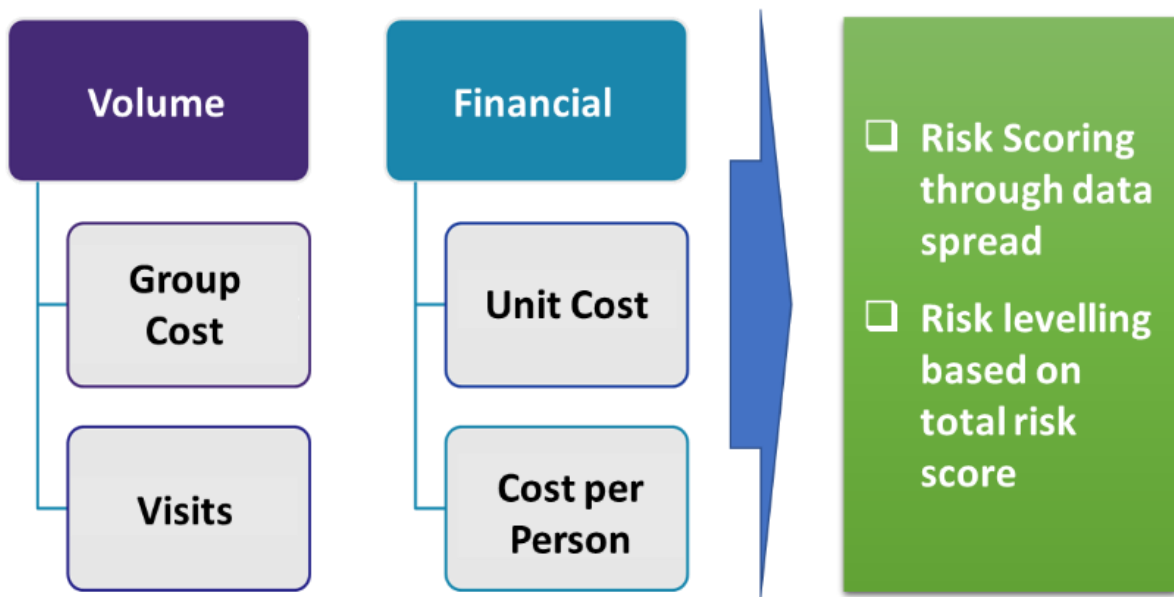
- Hasta el tercer año de la implementación del programa JKN no se había llevado a cabo ninguna evaluación exhaustiva de los incidentes potencialmente fraudulentos ocurridos en 2268 hospitales con concierto con la BPJS Kesehatan. Dada la variedad de tipos y clases de hospitales, evaluar incidentes potencialmente fraudulentos es una tarea muy complicada.
- Al mismo tiempo, la BPJS Kesehatan ha digitalizado sus procesos manuales de verificación de negocios. Este mecanismo incorporó una auditoría de las solicitudes para reforzar los esfuerzos de contención de costes. Para auditar las solicitudes es preciso contar con herramientas que profundicen en los datos anómalos.
- La necesidad de una herramienta de detección de fraudes responde además a la recomendación que hizo la comisión para la erradicación de la corrupción (*Komisi Pemberantasan Korupsi – KPK*) a la BPJS Kesehatan, tal y como se estipula en la misiva número B-200/10-15/01/2016, *Presentación del informe sobre los resultados del seguimiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud*, en la que la KPK comunicaba a la BPJS Kesehatan la necesidad de “acelerar el desarrollo de herramientas de detección del fraude para los servicios de los centros sanitarios”.

Abordar el desafío

¿Cuáles eran los principales objetivos del plan o estrategia para resolver el asunto o desafío? Enumere y describa brevemente los principales elementos del plan o estrategia, con particular hincapié en sus características innovadoras y los efectos buscados o esperados.

Los principales objetivos de esta herramienta son: ofrecer una herramienta de detección para las solicitudes de pagos del INA-CBG con grandes proveedores de atención sanitaria. Gracias a esta herramienta, la minería de datos manual ha pasado a ser digital. DEFRADA es la respuesta a la recomendación de la KPK y a la estrategia de la BPJS Kesehatan en su programa antifraude.

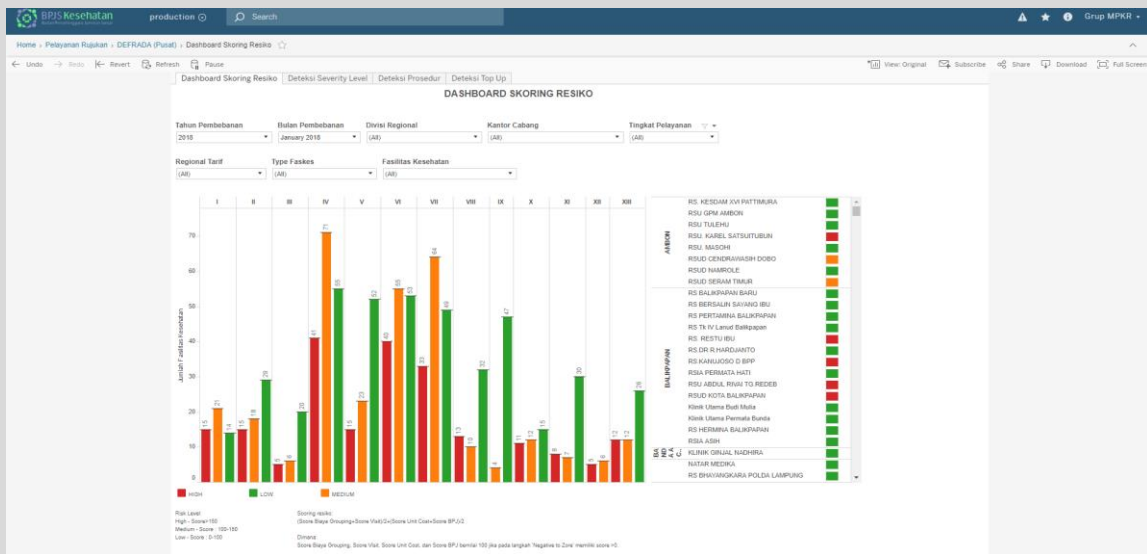
DEFRADA cuenta con dos funciones con características específicas: una función de puntuación del riesgo y un filtro de los códigos de agrupación del sistema INA-CBG. La función de puntuación del riesgo es un panel de control que ofrece las calificaciones del riesgo de un proveedor de atención sanitaria. La puntuación de riesgo puede verse instantáneamente sin ningún cálculo manual. La siguiente imagen muestra cómo se determina la puntuación de riesgo de un hospital:



Volumen	Financiero	
Coste de grupo	Coste de unidad	Puntuación del riesgo a través de la distribución de los datos
Visitas	Coste por persona	Nivelación del riesgo basada en la puntuación de riesgo total

La segunda función incluye una bandera roja para los códigos de agrupación del sistema INA-CBG que sean potencialmente ineficientes o fraudulentos. Esta función ayuda al personal de verificación a identificar solicitudes que requieran de un análisis en mayor profundidad.

Panel de puntuación del riesgo de los proveedores de atención sanitaria



DEFRA DA se desarrolló empleando tecnología de inteligencia empresarial (*Business Intelligence*).

Metas

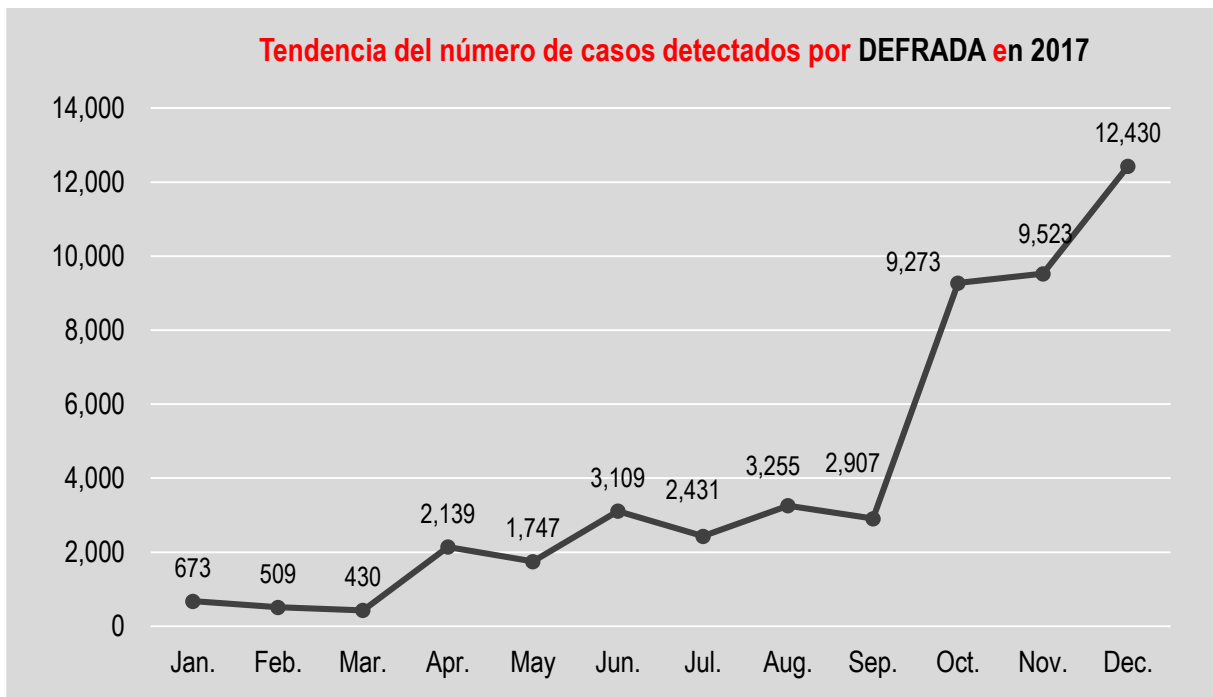
¿Cuáles fueron las metas cuantitativas y/o cualitativas o indicadores clave del rendimiento que se establecieron para el plan o estrategia? Por favor, descríbalos brevemente.

La iniciativa surgió para promover la eficiencia de costes de la atención sanitaria del JKN, y su objetivo para 2017 era cubrir el 2,5 por ciento del total de las solicitudes. Este objetivo se cumplió con actividades divididas en tres fases: prospectivamente, durante y retrospectivamente. DEFRA DA es la principal herramienta utilizada para el análisis retrospectivo de la contención de costes.

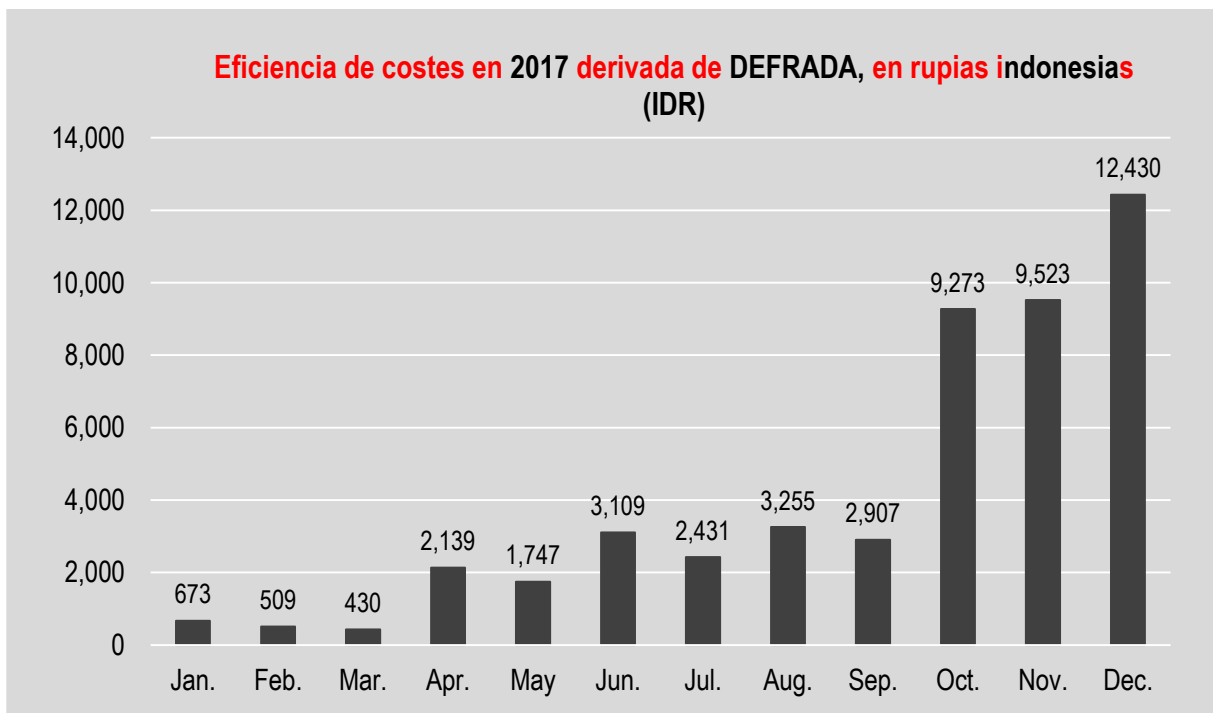
Evaluación de los resultados

¿Se ha evaluado la buena práctica? Por favor, suministre datos sobre el impacto y los resultados de la buena práctica comparando los objetivos con el desempeño real, indicadores de antes y después y/u otros tipos de estadísticas o mediciones.

Antes de implementar DEFRA DA no se registraba la eficiencia de costes de las auditorías de las solicitudes. En 2017, DEFRA DA recopiló 79 727 casos, que conllevaron una eficiencia de costes de más de 48 000 millones de rupias indonesias (IDR).



En septiembre de 2017, la BPJS organizó formaciones para su personal en las oficinas regionales y en las filiales, con el fin de mejorar su capacidad y competencia en el uso de DEFRADA para poder identificar más casos.



Lecciones aprendidas

A partir de la experiencia de la organización, mencione hasta tres factores que considera indispensables para reproducir esta buena práctica. Cite hasta tres riesgos que surgieron o podrían surgir

con la implementación de esta práctica. Por favor, explique brevemente estos factores y/o riesgos.

- Los patrones de los servicios hospitalarios variarán aún más con la incorporación de nuevos participantes y hospitales. Es importante determinar la variabilidad de los datos según distintos métodos de financiación, como los grupos de diagnóstico, las tarifas del servicio, etc. Si el número de datos se vuelve excesivo, puede intentarse seleccionar un parámetro con el que establecer referencias cruzadas con diversas identidades/etiquetas de datos, por ejemplo, un código de grupo de diagnóstico, una especialidad médica o un procedimiento médico, entre otras muchas.
- El fenómeno del fraude en el seguro médico es como un iceberg, y es preciso contar con apoyo para reducir potenciales fraudes. Es necesario que el gobierno y otras instituciones relacionadas colaboren para revelar el fraude.
- Teniendo en cuenta que los datos crecerán al incorporar diversos servicios sanitarios, es muy importante preparar la tecnología y la infraestructura para tales cantidades de datos, de tal manera que puedan identificarse fraudes potenciales rápidamente. DEFRADA logró mejorar la eficiencia basándose en el análisis de los datos.