Hoja de consejos: El fraude en la atención de salud

Tema: El fraude en la atención de salud

¿Cuál es el problema?

Los autores de fraudes en la atención de salud roban miles de millones de dólares cada año a los gobiernos federales y estatales, a los contribuyentes estadounidenses y a algunos de los ciudadanos más vulnerables de nuestro país. El fraude eleva los costos para todas las personas que están dentro del sistema de atención de salud, además de dañar la solvencia a largo plazo de los programas de atención de salud federales, como Medicare y Medicaid, de los que dependen millones de estadounidenses.

El fraude en la atención de salud puede ocurrir de muchas maneras. Por ejemplo, una compañía de seguro (por ejemplo, Medicare o una compañía privada de seguro de atención de salud) recibe, de manera intencional, facturas por servicios o suministros que nunca se brindaron. Los ejemplos de fraude pueden ser, entre otros, los siguientes:

- Un proveedor de atención de salud factura servicios o suministros (por ejemplo, servicios de salud en el hogar, suministros para la diabetes, visitas en hospitales, exámenes) que nunca se brindaron.
- Un proveedor de atención de salud factura a una compañía de seguro servicios o tratamientos que son médicamente innecesarios y, en algunos casos, hasta potencialmente dañinos para el paciente (por ejemplo, sillas de ruedas con motor, sesiones de terapia, transporte en ambulancia).
- Los números del seguro de los pacientes se roban y venden a organizaciones delictivas y luego se usan para facturar servicios de atención de salud, suministros o equipos que no eran necesarios o que nunca se proporcionaron.
- Se pagan sobornos a un proveedor de atención de salud para que derive a los pacientes con el fin de que reciban servicios y tratamientos que pueden ser médicamente innecesarios o de menor calidad (por ejemplo, servicios de salud mental, fisioterapia).
- Una persona con seguro médico que comparte la información del seguro de salud con otra persona para que la persona sin seguro médico pueda obtener servicios de atención de salud con el nombre de la persona asegurada.

¿Quiénes corren riesgos?

El fraude en la atención de salud pone en peligro la salud de las personas, aumenta el tiempo y el dinero que los proveedores de atención de salud destinan a la atención de los pacientes y cuesta miles de millones de dólares a los contribuyentes. Por ejemplo, cada año, Medicare corre el riesgo de perder miles de millones de dólares en reclamos fraudulentos. Cuando ocurre un fraude en la atención de salud, se eleva el costo de la atención de salud para todos. Los consumidores pagan primas más altas y las compañías pagan más para cubrir a sus empleados.

¿Puede evitarse?

Durante los dos últimos años, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), han implementado herramientas antifraude con tecnología de avanzada y mejoras innovadoras, a gran escala, como resultado de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Los programas Medicare y Medicaid están implementando un criterio de “pague y persiga” —pagarles a los villanos y luego localizarlos— para detener el fraude antes de pagar las facturas. Los CMS están trabajando con el sector privado, las autoridades locales y los programas estatales Medicaid para compartir las mejores prácticas en la lucha contra el fraude en la atención de salud.

El HHS y el Departamento de Justicia (DOJ, por sus siglas en inglés) también han impulsado un esfuerzo conjunto para prevenir el fraude: el Equipo de Acción, Prevención y Control de Fraude de Servicios Médicos (HEAT, por sus siglas en inglés). La creación del HEAT demuestra un compromiso a nivel del gabinete para combatir el fraude en los estamentos más elevados del gobierno. Un componente clave del HEAT es la Fuerza de Ataque de Fraude contra Medicare, que está formada por equipos interinstitucionales de analistas, investigadores y fiscales cuyo objetivo es detectar las estrategias de fraude que se crean o cambian, y a los delincuentes que se hacen pasar por prestadores o proveedores de atención de salud. Desde 2007, la Fuerza de Ataque de Fraude contra Medicare de HEAT ha presentado cargos contra más de 1,400 acusados que de manera colectiva facturaron falsamente al programa Medicare más de 4,600 millones de dólares. Hay más información disponible en la página web stopmedicarefraud.gov.

La Fuerza de Ataque de Fraude contra Medicare actualmente está funcionando en nueve ciudades:

- Baton Rouge, Louisiana
- Brooklyn, Nueva York
- Chicago, Illinois
- Dallas, Texas
- Detroit, Michigan
- Houston, Texas
- Los Angeles, California
- Miami –Dade, Florida
- Tampa Bay, Florida

Información fundamental para los consumidores

- Nunca comparta su Número de Seguro de Salud, excepto con sus proveedores.
- Nunca use la tarjeta del seguro de salud de otros ni permita que otra persona utilice la suya.
- Revise cuidadosamente las cláusulas de su seguro de salud para tener la certeza de que todos los detalles sean correctos. Busque los cargos por algo que no obtuvo; una facturación repetida por una misma cosa y los servicios que su médico no solicitó.
- Recuerde: un médico u otro tipo de proveedor de atención de salud legítimo no le llamará ni le presionará para obtener información personal. Nunca proporcione información personal a ninguna persona que le llame o que llegue a su hogar sin ser invitado. La

información personal incluye datos tales como su nombre, su número de Seguro Social, su Número de Seguro de Salud, su cuenta bancaria y los números de las tarjetas de crédito.

- No divulgue su información personal a cambio de una oferta especial.
- Si sospecha de la existencia de un fraude, informe a su compañía de seguro y a la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés), al 1-800-HHS-TIPS

Ejemplos de casos:

1. El Sr. Smith vive solo en Bethesda, Maryland. Una noche, recibe una llamada telefónica de una mujer que se identifica como una representante de Medicare. La mujer le dice que puede hacerle ahorrar cientos de dólares cada mes en los suministros para la diabetes. Ella dijo que podía tomar el pedido por teléfono y le pidió el número de Medicare. El Sr. Smith inmediatamente le da la información. Un mes después, el Sr. Smith inicia sesión en el sitio web mymedicare.gov para revisar el extracto de facturación de Medicare y ve que a Medicare se le cobran \$7,000 por el suministro de un mes. El Sr. Smith llama a 1-800-Medicare para informar el fraude potencial. CMS, por medio del uso de tecnologías nuevas y sofisticadas, confirma que el Sr. Smith ha sido víctima de un gran plan de fraude y le deriva a la Oficina del HHS del Inspector General, que está coordinada con el equipo de la Fuerza de Ataque de HEAT para localizar a los delincuentes y procesarlos por fraude en la atención de salud.
2. Jane tiene 27 años y tiene tres hijos; vive en Baton Rouge, Louisiana y, se le diagnosticó depresión recientemente. Como parte del tratamiento, su proveedor le recomendó que asistiera a 5 sesiones de terapia grupal durante un período de 2 meses en una clínica de salud local. Después de dos meses, Jane se encuentra con su proveedor, que le felicita por haber asistido a más de 25 sesiones en los dos últimos meses. Jane se siente confundida por la felicitación y, después, de hablar sobre los detalles, está claro que no solo la depresión ha empeorado, sino que ella asistió a solamente una de las sesiones que se le recomendaron. Si su proveedor hubiera sabido que ella no estaba recibiendo el tratamiento prescrito, hubiera desarrollado un nuevo plan de tratamiento. El proveedor consideró que Jane fue víctima de un fraude de seguros y decidió informar el incidente a la OIG a través de la línea directa 1-800-HHS-TIPS. Unas pocas semanas después, lee en el diario que siete personas fueron arrestadas por fraude en atención de salud, por facturar a Medicaid un total de \$37.9 millones por servicios innecesarios. El proveedor de Jane supo que las personas arrestadas facturaron más sesiones de terapia grupal que las que se habían proporcionado. Otras cuatro personas que trabajaban como terapeutas en los centros fueron declaradas culpables de un cargo de conspiración para cometer un fraude en atención de salud al simular que proporcionaban terapia grupal y documentaban la asistencia de los pacientes.