

# SHIFT

**HORA DE MUDAR PARA ALÉM  
DA ABORDAGEM TRADICIONAL  
DE DETECÇÃO DE FRAUDES,  
PARA UMA DETECÇÃO  
COMPLETA DE FWA**

---

**NA VISÃO DA SHIFT TECHNOLOGY**

[www.shift-technology.com/pt](http://www.shift-technology.com/pt)

# Quantos bilhões?

À medida que o número de agentes fraudulentos aumenta devido às pressões econômicas e à medida que esses agentes mudam seu comportamento para evitar a detecção, fica claro que não podemos mais confiar em processos simples de detecção e investigação manual baseados em regras para proteger os pacientes genuínos.

Para as seguradoras que oferecem seguro médico privado individual e em grupo, arcar com o custo da fraude aumenta os prêmios e, o que é mais importante, pode afetar o serviço e o atendimento que um paciente recebe.

Por esses motivos, as seguradoras de saúde tendem a concentrar esforços em várias áreas:

**Comportamento do provedor** - garantir que os serviços faturados estejam corretos para o tratamento e a condição diagnosticada, independentemente de o erro na fatura ser intencional ou não.

**Comportamento do associado** - garantir que os associados estejam solicitando reembolso por condições e tratamentos para os quais são elegíveis, intencionalmente ou não.

**Desperdício** - garantir que não haja cobrança desnecessária, por exemplo, a duplicação de faturas pode causar um desperdício significativo.

**Abuso** - garantir que as melhores práticas médicas sejam seguidas e que cuidados médicos desnecessários sejam evitados.



# Ainda preso na abordagem tradicional

As abordagens tradicionais para a detecção de fraudes na área da saúde geralmente se concentram na identificação de pedidos de reembolso que não deveriam ter sido feitos - prospectiva ou retrospectivamente -, orientados por edições, auditorias e/ou alertas baseados em regras. Essa abordagem de fraude, desperdício e abuso (FWA) pode ser eficaz na identificação de casos individuais de pedidos suspeitos; no entanto, há várias deficiências em uma abordagem baseada em regras.

As abordagens baseadas em regras sistêmicas para a FWA fornecem poucas informações sobre possíveis problemas com redes de provedores ou provedores específicos. Com a evolução contínua da atividade fraudulenta, é preciso muito tempo e recursos manuais para criar e manter regras de negócios para uma detecção precisa.

Por exemplo, alguém que se faz passar por um provedor ou fornecedor de serviços de saúde pode estar enviando solicitações fraudulentas de reembolso por meio de roubo de identidade médica. Desde que os códigos dos pedidos de reembolso estejam corretos de acordo com as diretrizes de determinação de cobertura, as soluções de integridade de pagamento ou FWA baseadas em regras não podem identificar esses pedidos como fraudulentos.

A grande maioria dos fornecedores de FWA no mercado atual combinou a detecção baseada em regras com alguma forma de análise avançada, em um esforço para encontrar provedores suspeitos com grandes pagamentos indevidos ou excessivos. A maioria desses fornecedores de soluções de FWA se enquadra em uma destas três categorias:

**Baseada em estatísticas:** Os que estão fora da curva, são definidos apenas pelo número de desvios padrão

**Baseado em regras:** com foco em violações das diretrizes de determinação de cobertura

**Foco clínico:** baseado em revisões de necessidade médica

Independentemente do foco categórico, a grande maioria dessas soluções não têm a capacidade de identificar e priorizar com precisão os sinistros, provedores, membros e/ou redes suspeitos. Além disso, essas soluções podem acarretar altas taxas de falsos positivos ou um número esmagador de alertas de baixo valor e baixa confiança para a seguradora de saúde analisar.

“**No centro do desafio do FWA estão os dados em silos e a falta de colaboração entre as diferentes áreas de negócios.**”

Felizmente, as seguradoras de saúde agora podem recorrer a uma solução de Inteligência Artificial (IA) de última geração que supera as soluções tradicionais de FWA e fornece insights acionáveis para capacitar a colaboração em toda a empresa. Não se trata apenas de uma evolução da detecção e prevenção de FWA, mas de uma nova maneira de lidar com os problemas de uma seguradora de saúde em resolver os problemas de acesso a dados e de fluxo de trabalho operacional de uma seguradora de saúde que a impede de obter insights essenciais por conta própria.

Um ótimo exemplo de como a IA avançada pode abordar um problema de perda financeira de uma forma inovadora é a identificação de grupos de provedores que repassam um faturamento significativo para a especialidade do provedor (por exemplo, médico versus enfermeiro) qualificado para receber a maior porcentagem do valor permitido na tabela de honorários.

A maioria das equipes de investigação é incapaz de perseguir determinados grupos de prestadores "intocáveis" devido a preocupações com a suficiência da rede. Como resultado, grandes perdas têm sido historicamente ignoradas, ou até assumidas como corretas. As equipes de investigação podem colaborar com outras unidades operacionais de negócios, como a equipe comercial, o gerenciamento de rede, o departamento jurídico, a integração de provedores e outros, para lidar adequadamente com questões delicadas relacionadas ao mau comportamento que, de outra forma, seriam contabilizadas como perdas.

# Conectar dados e unidades operacionais para obter percepções acionáveis

A Shift Technology analisa a FWA de uma nova perspectiva, aproveitando a IA para quebrar silos organizacionais e criar fluxos de trabalho operacionais que permitam a colaboração entre empresas. A Detecção de Fraude, Desperdício e Abuso da Shift foi projetada para conectar as unidades de negócios e gerar um novo nível de percepção organizacional.

Enquanto os fornecedores tradicionais de FWA se concentram em encontrar o "provedor ruim", mergulhando nos sinistros até o nível do provedor, a Shift vai um passo além. A Shift pode analisar os sinistros em sua essência - assim como fazem as outras soluções - e transferir os dados suspeitos para o nível do programa em provedores individuais e redes de provedores, terceiros, membros e muito mais. A Shift também inclui dados históricos com fontes de dados externas para aumentar a precisão e a eficiência das decisões investigativas.

Essencialmente, a Shift permite que as seguradoras usem seu conjunto de dados existente de forma mais prática:

**Dados do provedor:** Dados demográficos de elegibilidade, licenças médicas, especialidade, endereços, idade, etc. Esses dados acompanham os dados de sinistros e são necessários para validar que o provedor está ativo e sob contrato de rede com a seguradora.

**Dados dos associados:** Dados demográficos de elegibilidade do associado, casos médicos complexos e não complexos, endereços, tipo de apólice, idade, etc. Esses dados acompanham os dados de sinistros. Esses dados acompanham os dados de sinistros e são necessários para validar que o associado está vivo e tem uma apólice válida.

**Dados de reembolso:** A vinculação desses dados aos dados do provedor e do associado proporciona novos insights.

**A Shift vai muito além da abordagem tradicional, incorporando a riqueza de detalhes sobre a utilização e a qualidade do atendimento. O que faz da Shift uma solução à "prova de futuro" para as seguradoras e operadoras de saúde que estão migrando para um modelo operacional voltado a entrega de valor.**

Conectando dados e unidades operacionais para obter insights acionáveis, o Shift faz a engenharia reversa do FWA para fornecer insights que informam problemas em toda a empresa. Por meio desse novo modelo, as seguradoras podem descobrir mais fraudes, desperdícios e abuso e entender melhor como alterar o comportamento para o futuro, inclusive:

## **Modificação do comportamento do provedor:**

A abordagem da Shift para o FWA cria um ciclo de feedback que capacita a seguradora a intervir a partir de uma rede de provedores/contratos para mudar o comportamento.

**Pagamentos incorretos:** A Detecção de Fraude, Desperdício e Abuso da Shift não apenas identifica sinistros suspeitos, mas também faturas indevidas que afetam negativamente os resultados financeiros. Em resumo: Uma abordagem de insights acionáveis para alertas ajuda a garantir a eficiência operacional.

Essa abordagem baseada em IA abre caminho para que as seguradoras obtenham insights acionáveis que podem ser usados para reduzir as perdas financeiras, aumentar as pontuações de qualidade do provedor e garantir que o membro certo esteja recebendo atendimento médico de alta qualidade.

# Mudança em relação à solução FWA tradicional

Qual é a diferença entre a abordagem baseada em IA da Shift e a de uma solução FWA tradicional?

Uma solução tradicional de FWA gira em torno de um mecanismo de alerta que envia uma quantidade enorme de alertas para uma única fila. Usando esse tipo de solução, um investigador deve classificar com base nos cabeçalhos, pois os dados não são segmentados ou pré-classificados no nível de suspeita. Embora isso seja bom se o investigador souber o que está procurando, ainda assim consome muito tempo. O investigador está examinando centenas ou milhares de alertas manualmente em um esforço para encontrar casos que gerem retorno sobre o investimento.

A Shift repensa a fila de alertas para acelerar o tempo de valorização de um investigador. Com a Detecção de Fraude, Desperdício e Abuso da Shift, a jornada começa quando os cenários de IA e o aprendizado de máquina (ML) são aplicados aos sinistros e transferidos para o nível de especialidade do provedor e/ou para o nível de detecção da rede.

Depois que o usuário seleciona o alerta de sinistro, provedor e/ou rede de sua preferência (com base

**A Shift criou sua solução de acordo com a forma como o investigador médio pensa e como as outras pessoas da seguradora usarão essa solução. A solução da Shift mostra uma pontuação de risco para provedores, provedores individuais no grupo e outras entidades relevantes, juntamente com padrões de utilização e qualidade de atendimento.**

em nossos sofisticados modelos de classificação e pontuação), a solução da Shift apresenta todos os cenários analíticos que se aplicam a esse sinistro, provedor e/ou rede em uma única tela. Os usuários podem selecionar a opção que faz mais sentido para os negócios com base em sua função e foco comercial.

Quando um alerta é selecionado para análise, a página de resumo do Shift fornece à equipe de investigação as variáveis do cenário que explicam a base do alerta. Além disso, o investigador encontrará vários insights operacionais relevantes não apenas para ele, mas também para várias outras unidades de negócios da seguradora. Os exemplos podem incluir:

**Credenciamento**, que pode estar interessado em:

- Elegibilidade do provedor conforme determinado por suspensões, exclusões, licenças médicas inativas, penhoras e julgamentos da integração de dados de terceiros etc.
- Alerta de provedores falsos derivados de IA

**Gerenciamento de utilização e gerenciamento de rede**, que podem estar interessados em:

- Métricas como padrões de faturamento, padrões de utilização excessiva, índices de qualidade
- Algoritmos de pontuação de risco derivados de IA da Shift, como a pontuação de risco de roubo de identidade médica, a pontuação de risco de utilização do provedor e a pontuação do índice de qualidade

As soluções tradicionais de FWA não foram projetadas para fornecer esse nível de detalhe. Seus alertas se baseiam em violações de uma regra, política, algoritmo ou em uma exceção em comparação com o grupo de colegas no nível do provedor, no nível do pedido de reembolso ou no nível da linha de pedido de reembolso. Dessa forma limitada, eles não conseguem ligar os pontos da mesma forma que a solução de detecção de fraude, desperdício e abuso da Shift.

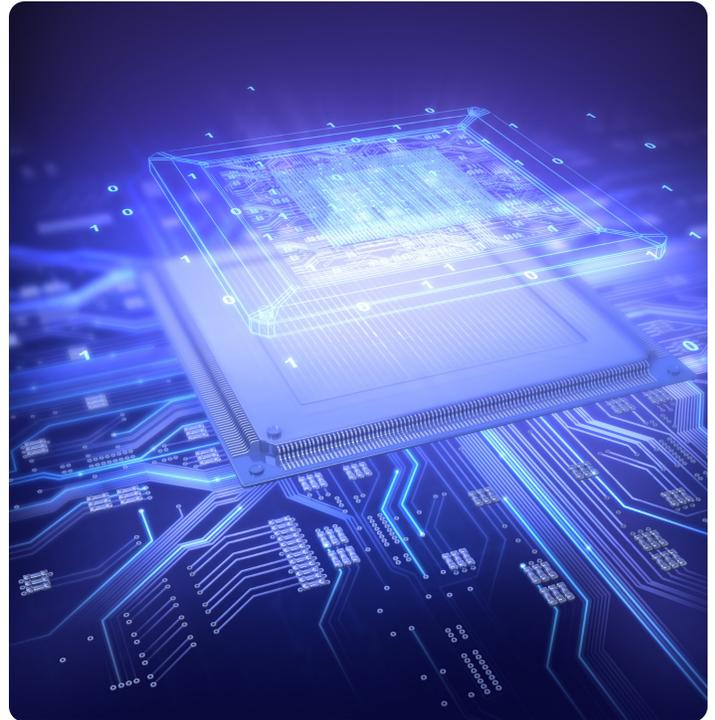
# É hora de os planos de saúde mudarem sua abordagem

As soluções tradicionais de FWA apenas iluminam uma possível fraude, sobrecarregando as equipes de investigação e auditoria com trabalho manual para validar a alegação. A Shift está mudando o jogo ao fornecer alertas automatizados baseados em IA/ML centrados no maior potencial de ROI.

Ao fornecer insights acionáveis, a Shift capacita as seguradoras a identificar sinistros suspeitos com base em:

- Cenários continuamente atualizados
- Relações suspeitas nas redes de provedores
- Comportamentos suspeitos de membros
- Anomalias em todo o universo de dados

Enquanto os cenários proprietários da Shift apontam os investigadores na direção do ROI em relação à apólice, as condições e ao tratamento. O relatório de detalhes de alertas foi desenvolvido para oferecer percepções acionáveis que podem trazer o credenciamento, o gerenciamento de utilização e o gerenciamento de rede para a conversa. Ele também inclui links que facilitam a verificação dos resultados, levando a ações mais rápidas, como a automação da integração de dados externos, permitindo que o investigador consuma mais informações sobre a alegação em vez de passar horas ou dias procurando por elas.



Em essência, a solução permite que vários departamentos compartilhem uma visão comum, colaborem e gerenciem casos. Com a Shift, as seguradoras podem analisar seus pedidos de reembolso de novas maneiras que agregarão valor à sua organização.

**Saiba mais** sobre como sua organização pode aproveitar as vantagens da solução de detecção de fraudes, desperdícios e abusos da Shift para detectar e prevenir fraudes, desperdícios e abusos com maior velocidade e precisão.

## SHIFT

### Sobre a Shift Technology

A Shift Technology oferece soluções de tomada de decisões baseadas em IA para beneficiar o setor global de seguros e seus clientes. Nossos produtos permitem que as principais seguradoras do mundo melhorem seus índices combinados, otimizando e automatizando decisões críticas em todo o ciclo de vida da apólice. As soluções da Shift ajudam seus clientes a mitigar fraudes e riscos, aumentar a eficiência operacional e proporcionar melhores experiências.

Saiba mais em [www.shift-technology.com/pt](http://www.shift-technology.com/pt)