

COMPLÉMENTAIRES

Les complémentaires prêtes contre la fraude ?

La généralisation du tiers payant au 1^{er} janvier 2017 pousse les opérateurs à proposer de nouveaux services de lutte contre la fraude aux complémentaires santé.

Cette échéance est très importante ! Tous les assureurs vont devoir déployer le tiers payant en dehors de leur réseau de professionnels de santé. Or, ce changement risque de faire augmenter le nombre de fraudes », résume **Marianne Binst**, directrice générale de Santéclair. « Alors que nos clients souhaitent déjà accroître les contrôles, la généralisation du tiers payant va accentuer le besoin d'outils de lutte contre la fraude », confirme **Benoît Laval**, directeur commercial chez Viamedis.

Dans cette perspective, les opérateurs de tiers payant s'organisent. Viamedis propose, par exemple, des solutions de contrôle *a priori*. Toutes les demandes sont vérifiées au plan tarifaire avant règlement pour attester de la conformité du prix des verres proposés par l'opticien par rapport au prix moyen du marché. Avec le nouveau système inspiré des méthodes de *data mining* que Santéclair s'apprête à déployer au 1^{er} janvier, « nous allons tripler l'efficacité de nos politiques de lutte contre la fraude en passant de 8 à 34 % d'anomalies détectées », se félicite **Marianne Binst**. De son côté, **Carte blanche** va installer, début 2017, un mécanisme comparable basé sur des algorithmes autoapprenants. Celui-ci a été concocté en partenariat avec Suadeo, éditeur français en business intelligence, et les *data scientists* de l'un de ses actionnaires, Sogecap. « Cette méthode apporte une composante analytique complémentaire aux experts métiers », précise **Azeddine Bendjebbour**, président de Suadeo. « Notre objectif final est d'éviter la fraude avant que celle-ci ne soit constatée », souligne **Jean-François Tripodi**, directeur général de **Carte blanche**. Pour sa part, Almerys vient de signer un partenariat avec PRO BTP et IBM en vue de mutualiser leurs ressources. « La fraude a comme caractéristique de s'adapter aux contrôles. Il faut donc alimenter en permanence nos recherches pour nous maintenir à niveau », constate **Laurent Caredda**, son président. En optique, ce système a déjà permis de détecter 10 % de comportements anormaux.

Ces opérateurs commencent à réfléchir à de nouveaux outils pour s'attaquer aux secteurs des soins dentaires, des transports sanitaires ainsi qu'à l'hôpital. La généralisation, d'ici 2020, du projet « Remboursement des organismes complémentaires » doit permettre de vérifier les droits des assurés en temps réel via la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et les assureurs (PSI n° 1016).