

SHIFT

**FRAUDE, ABUS &
PAIEMENT À TORT :
VOS DONNÉES DE SANTÉ
SONT-ELLES PRÊTES ?**

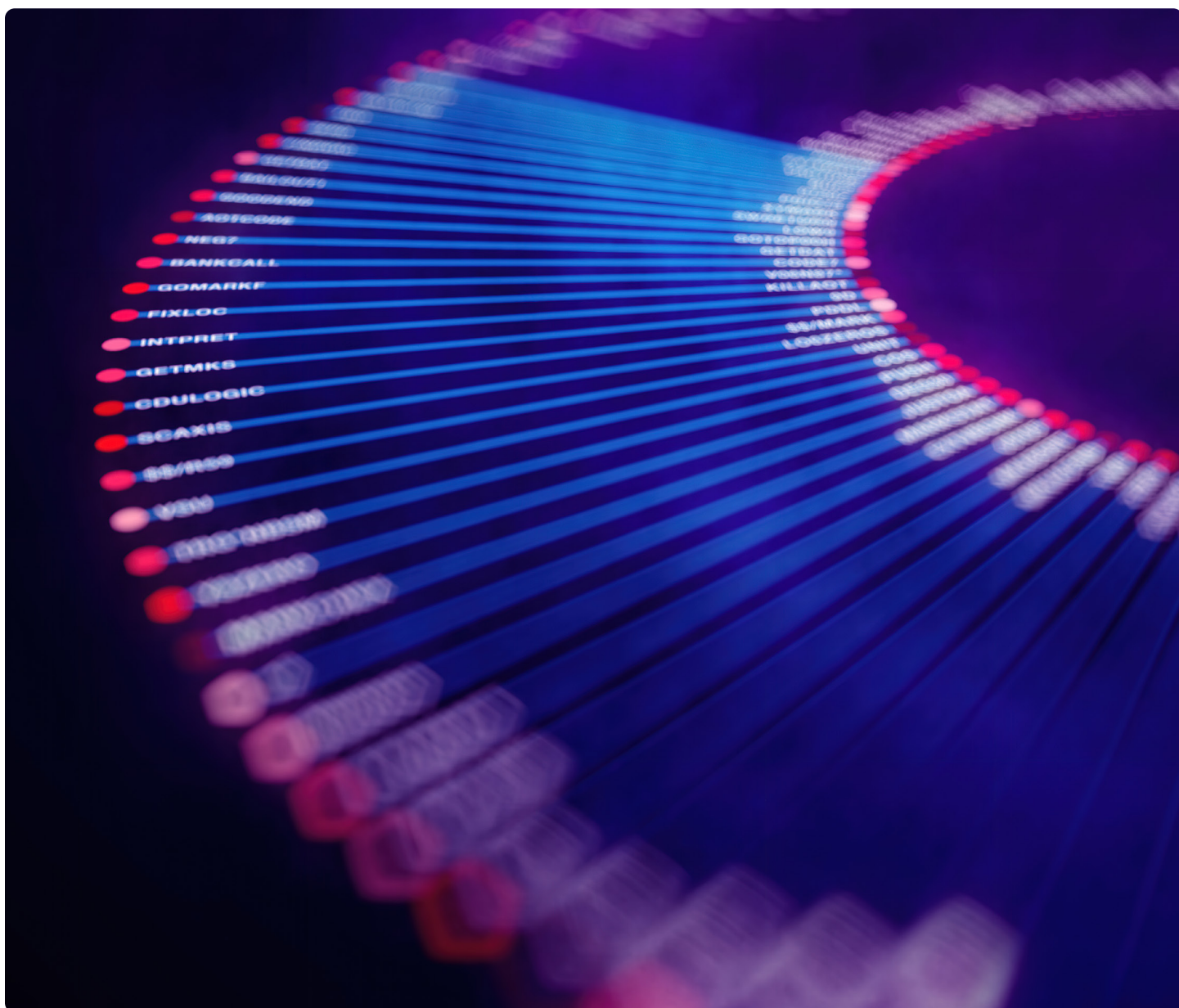
PAR SHIFT TECHNOLOGY

www.shift-technology.com/fr

Introduction

La fraude dans le domaine des soins de santé est endémique et les assureurs santé sont confrontés à la prévention d'un grand nombre de cas de fraude, d'abus et de paiements à tort. On estime que ces cas coûtent aux assureurs et aux services d'assurance plus de 500 Mrd d'euros par an dans le monde. La technologie permet de simplifier le processus - la détection des fraudes dans le secteur de la santé a beaucoup progressé grâce

aux innovations en matière d'intelligence artificielle et d'analyse. Toutefois, pour que ces outils fonctionnent, votre plan doit leur fournir des données propres. Même les suites de détection d'anomalies les plus avancées ne peuvent pas vous aider à prévenir la fraude si vous ne leur fournissez pas des données de haute qualité pour faire leur travail. Voyons pourquoi il est difficile d'obtenir des données propres et ce qu'il faut faire pour les préparer correctement.



L'état des données sur les soins de santé

Quelle que soit la manière dont vous détectez la fraude, un principe reste valable : les résultats que vous obtenez ne peuvent être que de la même qualité que les données sur lesquelles vous vous appuyez. En d'autres termes, si vous introduisez des données de mauvaise qualité dans votre modèle de fraude, vous obtiendrez des résultats médiocres. Si l'analyse et la science des données sont des outils puissants pour détecter les activités frauduleuses, elles dépendent de données de qualité. Votre organisation doit être en mesure de rassembler et d'organiser les données afin de tirer parti des avantages que présente l'IA pour la détection des fraudes dans le domaine des soins de santé.

Il n'est pas simple de s'assurer que vos données sont à jour, compte tenu du nombre et des types de sources de données auxquelles vous faites appel. Un assureur santé possède des centaines de systèmes et accède quotidiennement aux données de plusieurs systèmes différents de gestion des sinistres, des contacts et les met à jour. Si l'on multiplie ce chiffre par le nombre de membres et de prestataires - et par le nombre de sources de données internes et externes qui interviennent dans chaque transaction de traitement des demandes de remboursement - le volume est énorme. Par conséquent, il faut beaucoup de temps et d'efforts pour préparer les données afin de détecter avec précision les demandes d'indemnisation frauduleuses. Trier et préparer les données, c'est comme construire une maison ; il faut du temps pour construire des fondations de qualité, mais les résultats en valent la peine.

Examinons de plus près toutes les permutations de ces données :

Sources de données internes. Les assureurs tirent souvent des informations de plusieurs systèmes existants afin de détecter et de prévenir les fraudes, les abus et les paiements à tort. Outre la confirmation des codes, des politiques et des prix des traitements et des médicaments - et la consultation des dossiers médicaux et de la documentation - les assureurs maladie doivent parvenir à une vue d'ensemble du prestataire qui facture ou du membre qui fait la demande de remboursement.

Sources de données externes. Il est également nécessaire d'obtenir des données provenant de sources tierces. Il peut s'agir d'informations agrégées sur les données historiques relatives aux demandes d'indemnisation, de listes de surveillance et de sanction des fraudes, d'entreprises et d'agences d'évaluation du crédit, d'actualités et de médias sociaux, ou de données de facturation médicale, pour n'en citer que quelques-unes.

Données structurées et non structurées. Chaque organisation génère et travaille avec une combinaison de données structurées et non structurées. Les données structurées sont stockées dans un format structuré (lignes et colonnes d'une base de données relationnelle, par exemple). Cela permet aux logiciels d'analyser facilement les données. D'un autre côté, il existe aussi des données non structurées, qui n'ont pas d'organisation cohérente ou définie. Les courriels, les images et les dossiers médicaux sont des exemples de données non structurées. Il est beaucoup plus difficile pour un logiciel de comprendre des données sous cette forme. Le défi supplémentaire pour les assureurs santé est que plus de 80 % des données de santé sont considérées comme des données non structurées. Ce sont ces 80 % qui rendent difficile la détection des fraudes. Les données non structurées sont un défi pour presque toutes les organisations modernes. Dans le secteur des soins de santé, il est particulièrement difficile de s'y attaquer car vous avez besoin de votre solution pour traiter ces données de manière appropriée afin de détecter les demandes frauduleuses ; dans le secteur des soins de santé, il y a un coût concret à ne pas détecter une fausse demande ou à ne pas prendre conscience d'un plan de fraude.

Passer des données brutes aux données propres

Outre l'agrégation et la normalisation de toutes ces données pour qu'elles soient cohérentes, votre plan doit s'assurer que les données sont exactes et utilisables. Cela implique des étapes telles que la confirmation que les entités sont correctes et la détermination des données manquantes. Ces vérifications sont essentielles, car il est facile de saisir incorrectement ou de falsifier délibérément des données - telles que la date de naissance - dans un système. Il s'agit probablement du plus grand obstacle à la rationalisation de la détection des fraudes dans le secteur des soins de santé, simplement en raison du volume de travail nécessaire pour auditer et établir des bases de données utiles à partir desquelles votre modèle pourra être utilisé.

L'expérience a montré que la préparation des données pour votre modèle de détection de la fraude nécessite un travail initial important. En fait, la plupart des organisations consacrent environ 80 % de leur temps à préparer leurs données en vue de leur utilisation dans le modèle, et les 20 % restants à la conception et au lancement du modèle. Pour supporter cette charge, vous devrez investir massivement dans une solide équipe de data scientists ou trouver un partenaire pour soutenir votre équipe interne. Le partenariat offre l'avantage de pouvoir accéder à des modèles et à des bases de données déjà construits afin d'accélérer vos efforts de prévention de la fraude, mais certaines organisations préfèrent construire leurs propres modèles ou utiliser la technologie pour compléter une équipe interne.

Cependant, la préparation des données est un temps bien employé. Plus vous introduisez de données dans

vos modèles de détection des fraudes, plus vous obtiendrez de résultats et d'informations. Chez Shift, nous avons constaté qu'un programme efficace de réduction de la fraude, des abus et paiements à tort alimenté par des données propres et précises, peut considérablement aider votre organisation.

La fraude dans le secteur de la santé est un problème coûteux, et il vaut la peine d'investir du temps et des efforts pour s'assurer que vous avez la capacité de :

- Détecter davantage de cas de fraude, d'abus et de paiements à tort
- Réduire les pertes dues à la fraude et les paiements induits
- Hiérarchiser les alertes exploitables

Transformer des données brutes en données propres n'est pas une mince affaire, mais cela est nécessaire pour utiliser l'IA afin d'améliorer votre capacité à détecter les fraudes, les abus, les paiements à tort et à traiter le problème avant qu'il ne cause des dommages à votre organisation. Le big data est un problème inhérent aux soins de santé, et la meilleure façon d'y remédier est d'utiliser des outils d'automatisation émergents qui peuvent signaler les demandes suspectes de manière autonome. La question n'est plus de savoir si vous voulez ou non mettre en œuvre ces outils, mais de savoir lequel convient le mieux à votre entreprise.

Pour en savoir plus sur la façon dont Shift aborde le nettoyage et la cartographie des données de santé et sur la façon dont notre solution aide à réduire la fraude, les abus et les paiements à tort pour les plans de santé, contactez notre équipe.

SHIFT

À propos de Shift Technology

Shift Technology offre des solutions décisionnelles alimentées par l'IA au profit du secteur mondial de l'assurance. Nos produits permettent aux principaux assureurs d'améliorer les ratios combinés en optimisant et en automatisant les décisions critiques tout au long du cycle de vie des polices. Les solutions de Shift aident à réduire la fraude et les risques, augmenter l'efficacité opérationnelle et proposer une meilleure expérience client.

Pour en savoir plus, consultez le site www.shift-technology.com/fr.