



Stabiliser la courbe du coût des garanties

La fraude – Comment la repérer et la réduire

La vie est plus radieuse sous le soleil

 Sun Life

L'histoire

Dans un monde idéal...

- Les prix seraient transparents, et les participants sauraient à quoi s'attendre.
- Les fabricants de médicaments et les fournisseurs de soins proposeraient des produits et des services offrant la meilleure valeur.
- Les participants et les fournisseurs de soins se comporteraient de façon honnête et éthique.

Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas. Les prix varient énormément, et des mesures de prévention de la fraude sont nécessaires. Le résultat? Les régimes coûtent plus cher que ce qu'ils devraient.

Notre objectif? Offrir le plus possible un monde idéal aux promoteurs de régime – par des programmes et des innovations qui réduisent les coûts. Nous y travaillons :

- en outillant les participants pour qu'ils deviennent des consommateurs avertis
- en encourageant les fournisseurs à offrir des rabais
- en tirant parti de notre envergure pour négocier des rabais auprès des sociétés pharmaceutiques
- en utilisant l'analytique de données pour réduire le risque de fraude

Les renseignements qui suivent soulignent nos efforts pour prévenir la fraude – et les avantages que cela représente pour les promoteurs.

Montrer la voie en matière de réduction de la fraude

La fraude liée aux garanties collectives est un problème de taille – qui entraîne chaque année des pertes de centaines de millions de dollars au Canada. Les assureurs ripostent et la Sun Life est à la tête du peloton. La taille et les capacités de notre équipe de gestion de la fraude et du risque sont uniques dans l'industrie – ainsi que notre rapidité à retirer les fournisseurs qui font des demandes de règlement douteuses de la liste de fournisseurs.

Notre stratégie en matière de gestion du risque de fraude comporte quatre composantes clés :



1. Prévention : Notre outil de modélisation statistique avancée repose sur l'apprentissage machine et la modélisation prédictive pour générer des indications à examiner. L'outil détecte les aberrations et les participants à haut risque afin d'intervenir et d'enquêter. Il surveille aussi tous les types de demandes présentées : demandes de règlement en ligne, demandes de paiement direct de frais de médicaments, demandes de règlement électroniques provenant de dentistes et de fournisseurs de services paramédicaux et demandes de règlement papier.

Le modèle de données tire aussi parti des cas de fraude présumée préalablement relevés. Cela réduit le nombre de faux positifs et accroît notre taux de réussite pour déceler les activités frauduleuses.



2. Préparation – bâtir les fondations : Notre équipe de plus de 100 professionnels de la gestion du risque de fraude comprend des scientifiques des données, des analystes, d'anciens membres des forces de l'ordre, des enquêteurs expérimentés et des spécialistes de chacun des secteurs d'activités.

Notre équipe explique comment reconnaître les activités douteuses et la fraude, et les conséquences qui en découlent. Nous offrons des ressources et des outils de sensibilisation à la fraude complets pouvant être transmis aux organisations et à leurs employés. En outre, nous soutenons les professionnels des règlements chargés d'évaluer les nouveaux fournisseurs pour vérifier la validité de leurs désignations professionnelles et s'assurer qu'ils ont les autorisations requises pour pratiquer et qu'ils ne sont pas impliqués dans une fraude.



3. Réaction : Si nous soupçonnons une fraude, nous informons les promoteurs. Par la suite, nous demandons à un enquêteur de surveiller toutes les demandes de règlement des participants et des fournisseurs suspects. Nous examinons et analysons les demandes de règlement et les autres documents présentés pour évaluer les relations entre les participants et les fournisseurs.

Nous menons aussi des enquêtes chez les fournisseurs, recueillons des témoignages et proposons du soutien aux promoteurs devant rencontrer tout employé suspecté de fraude ou d'abus.

Selon l'étendue de la fraude, nous travaillons au besoin avec les forces de l'ordre et des intervenants du secteur des garanties collectives – par exemple les autres assureurs et les associations pertinentes.

Quand les preuves d'activités douteuses touchent les fournisseurs, nous les retirons rapidement de la liste des fournisseurs pour éviter toute autre perte.



4. Retour à la normale : Notre objectif est de mettre fin à la fraude ou à l'abus, d'atténuer le plus possible ses conséquences et de recouvrer toutes les sommes dues. Nous aidons à faire une analyse de ce qui est arrivé et à déterminer où des améliorations et des contrôles supplémentaires peuvent être mis en place. Au besoin, nous fournissons aux promoteurs tout le matériel de formation et de communication requis pour sensibiliser les employés sur le sujet de la fraude. De plus, nous proposons des séances de formation des employés additionnelles pour gérer la situation et rétablir la confiance dans l'entreprise.

Quel est l'avantage pour les promoteurs de régime? Économiser des millions de dollars.

L'incidence des activités suspectes et des stratagèmes de collusion éventuels des fournisseurs de services est élevée. C'est pourquoi le retrait de la liste de fournisseurs est si important. Nous sommes le chef de file en matière de retraits : en date d'avril 2019, nous en avons retiré 1 800.

Les économies sont importantes. Nous avons aidé les promoteurs de régime à économiser environ 100 millions de dollars depuis la mise en place de notre programme de détection en 2014, dans la plupart des cas en retirant des fournisseurs de la liste. Le retrait d'un fournisseur ou d'une clinique de la liste des fournisseurs empêche cette entité d'agir en collusion avec les participants pour se livrer à des activités douteuses.

Accroître l'étendue de nos capacités de détection de la fraude

Même si la majorité des cas de fraude portent sur des demandes de règlement de frais pour des services paramédicaux, des soins dentaires ou des médicaments, nous continuons d'accroître nos capacités de gestion du risque de fraude dans l'ensemble des secteurs liés aux garanties. L'une de nos initiatives consiste à concevoir la meilleure approche possible pour gérer la fraude dans le cas des dossiers d'invalidité.

Notre initiative intègre divers éléments :

- Miser davantage sur la modélisation prédictive pour repérer les fraudes potentielles portant sur les règlements invalidité;
- Proposer aux gens une ligne téléphonique leur permettant de signaler toute activité frauduleuse;
- Comparer les renseignements sur les participants soupçonnés de fraude liée aux frais médicaux et dentaires à ceux sur les participants ayant présenté une demande de prestations d'invalidité.
- Comparer les renseignements sur les fournisseurs de produits et services médicaux et dentaires suspects à ceux sur les fournisseurs qui soutiennent les demandeurs recevant des prestations d'invalidité.

La fraude, quelle que soit sa forme, demeure une préoccupation importante. Nos capacités de gestion du risque de fraude continueront de s'accroître et de jouer un rôle clé dans la durabilité du régime.

La vie est plus radieuse sous le soleil