



**issa**

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION  
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

## Bonnes pratiques en sécurité sociale

Bonne pratique mise en oeuvre depuis: 2017

---

### **DEFRADA (*Deteksi Potensi Fraud Dengan Analista Data Klaim*): développement d'un outil de détection des fraudes dans les services hospitaliers**

**Institution de sécurité sociale pour le secteur de la santé**  
Indonésie

Publié en 2018

[www.issa.int](http://www.issa.int)

## Résumé

*Il n'est pas évident de détecter les cas de fraude dans le secteur de la santé. Etant donné que le pays a lancé son programme national d'assurance maladie (Jaminan Kesehatan Nasional – JKN) en 2014, peu de parties étaient en mesure de fournir un outil de détection des fraudes pour le système de répartition des cas traités du Groupe indonésien basé sur les cas (Indonesia-Case Based Group – INA-CBG). En outre, la loi instaurant la procédure d'enquête à mener en cas d'incident potentiellement frauduleux est toujours en cours d'élaboration. D'autre part, le nombre d'affiliés du JKN et le volume de demandes augmentent de manière significative. A la fin de l'année 2017, le nombre de demandes envoyées s'élevait à 80 641 271. La situation a poussé l'Institution de sécurité sociale pour le secteur de la santé (BPJS Kesehatan) à mettre au point DEFRADA, un outil de détection des fraudes dédié aux demandes d'orientation envoyées au INA-CBG.*

*Ce document présente la mise en œuvre de DEFRADA et les résultats obtenus en matière de rentabilité pour le JKN. En 2017, 25 à 30 pour cent des gains totaux de rentabilité résultaient de l'utilisation de DEFRADA. La mise en œuvre de cet outil a révélé que l'analyse des données pouvait gagner en efficacité à l'avenir.*

## Problème ou défi

*Quel problème ou défi votre bonne pratique devait-elle permettre de résoudre ou de relever? Veuillez fournir une brève description.*

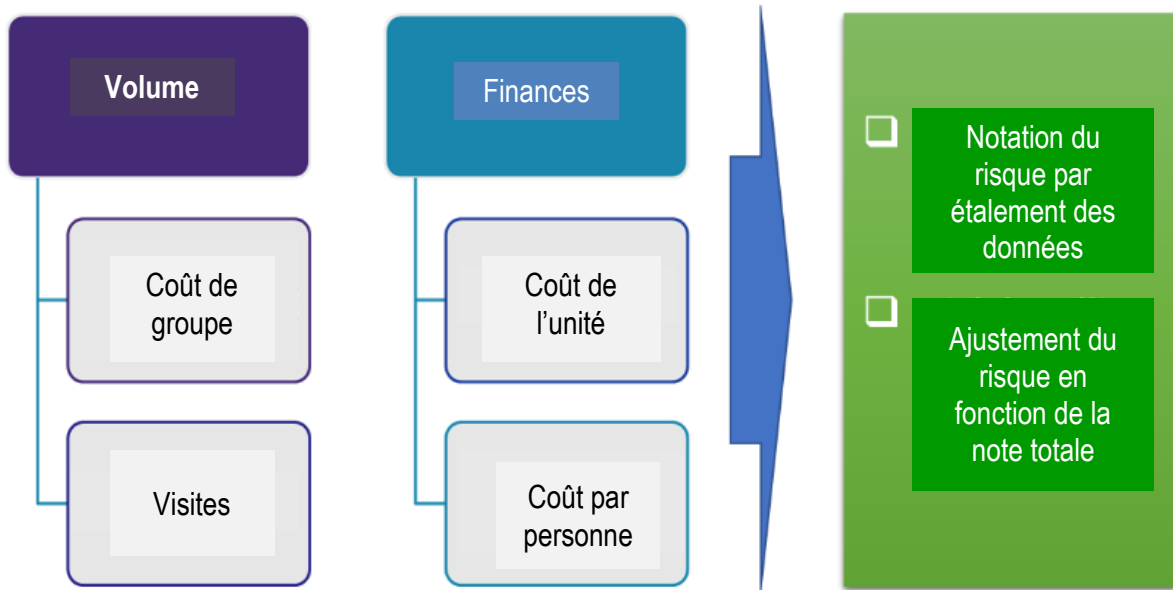
- Avant la troisième année du programme JKN, l'évaluation des incidents potentiellement frauduleux n'était pas réalisée de manière approfondie dans 2 268 hôpitaux partenaires de la BPJS Kesehatan. Les différents types et catégories d'hôpitaux rendent l'évaluation des incidents potentiellement frauduleux très difficile.
- Dans le même temps, la BPJS Kesehatan est passée d'une procédure de vérification manuelle à un système électronique. Un mécanisme de vérification des demandes a ainsi été introduit afin de renforcer les efforts visant à maîtriser les coûts. Pour vérifier les demandes, il est nécessaire d'employer des outils de détection afin de repérer les données anormales et de pouvoir les analyser.
- La décision d'élaborer un outil de détection des fraudes dans le secteur de la santé a également été motivée par une recommandation adressée par la Commission d'éradication de la corruption (Komisi Pemberantasan Korupsi – KPK) à la BPJS Kesehatan dans la lettre numéro B-200/10-15/01/2016, *Présentation de rapport sur les résultats de contrôle du système national d'assurance maladie*, dans laquelle la KPK exprimait à la BPJS Kesehatan la nécessité «d'accélérer le développement d'outils de détection des fraudes dans les services des établissements de soins de santé».

## Relever le défi

*Quels étaient les principaux objectifs du projet ou de la stratégie mis en œuvre pour résoudre le problème ou relever le défi? Veuillez énumérer et décrire brièvement les principaux éléments de ce projet ou de cette stratégie en mettant plus particulièrement l'accent sur ses aspects innovants et ses effets attendus ou visés.*

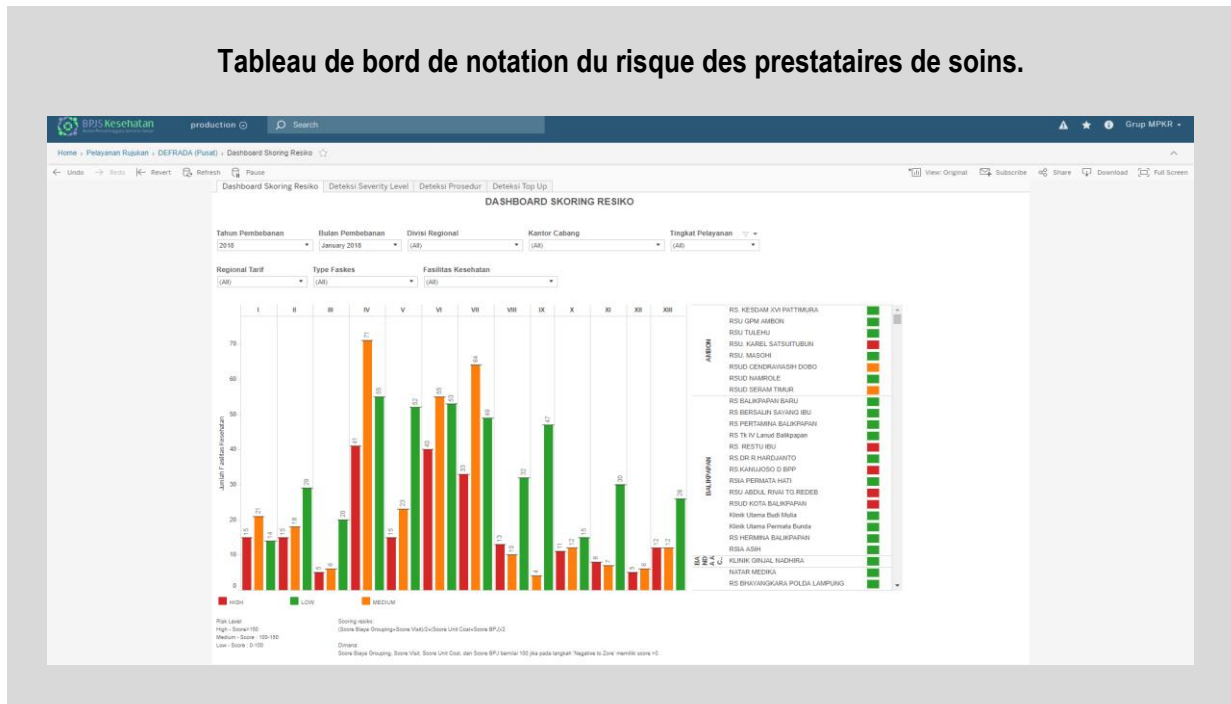
L'objectif premier de cet outil est de permettre au INA-CBG de détecter les demandes frauduleuses envoyées aux principaux prestataires de soins. Cet outil a permis de passer d'une exploration manuelle des données à un processus numérique. DEFRADA a répondu à la demande de la KPK et a permis de déployer la stratégie de la BPJS Kesehatan relative au programme de lutte contre la fraude.

L'outil intègre deux fonctionnalités spécifiques : un système d'évaluation des risques et un filtre pour les codes de groupe du INA-CBG. Le système d'évaluation des risques intègre un tableau de bord qui affiche une note relative aux risques d'un prestataire de soins de santé. Il est possible d'obtenir cette note de manière instantanée, sans devoir effectuer de calculs manuels. Le schéma suivant présente la méthode de calcul de la note de risque d'un hôpital:



La deuxième fonctionnalité permet d'afficher un drapeau rouge lorsqu'un code de groupe de l'INA-CBG est potentiellement inefficace ou frauduleux. Elle permet au personnel responsable de la vérification d'identifier les demandes qui nécessitent une analyse approfondie.

## Tableau de bord de notation du risque des prestataires de soins.



DEFRADA a été développé grâce à la technologie de l'informatique décisionnelle.

## Objectifs à atteindre

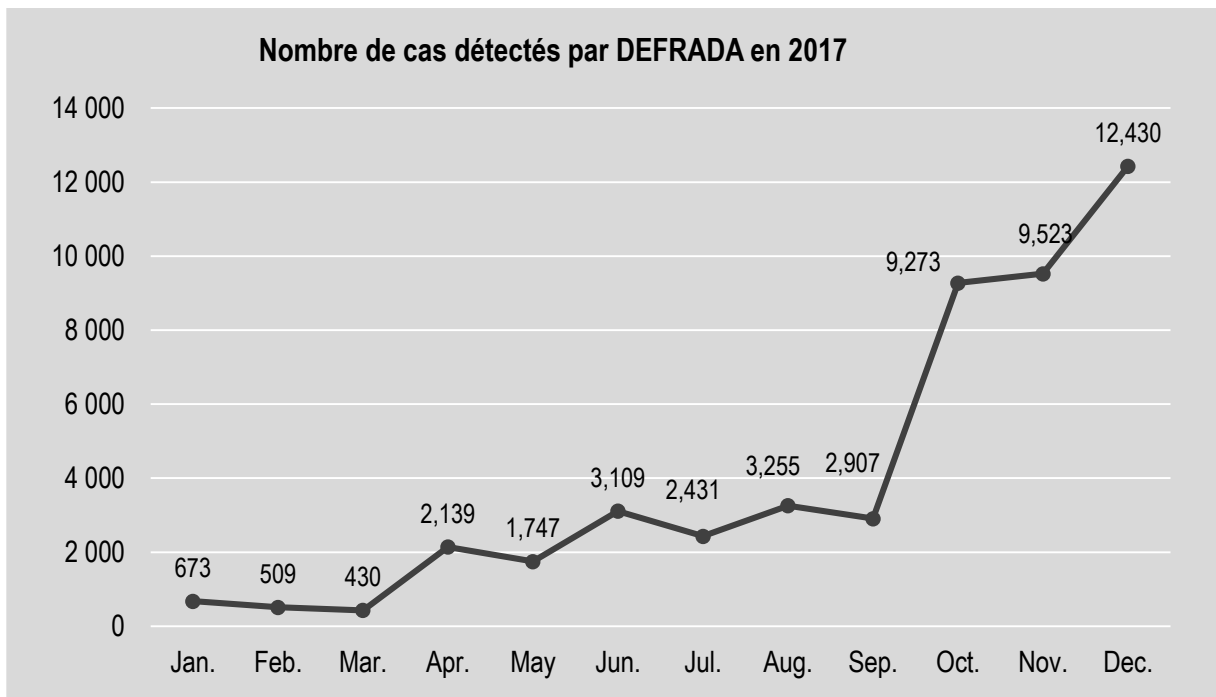
*Quels objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs ou indicateurs clés de performance avaient été définis pour le projet ou la stratégie? Veuillez les décrire brièvement.*

Cette initiative a été lancée pour assurer la rentabilité des soins de santé du JKN, dont l'objectif fixé en 2017 s'élevait à 2,5 pour cent du nombre total de demandes. Cet objectif a été atteint dans trois étapes des activités: en phase de prospection, en cours d'activité et rétrospectivement. DEFRADA est le principal outil d'analyse rétrospective de maîtrise des coûts.

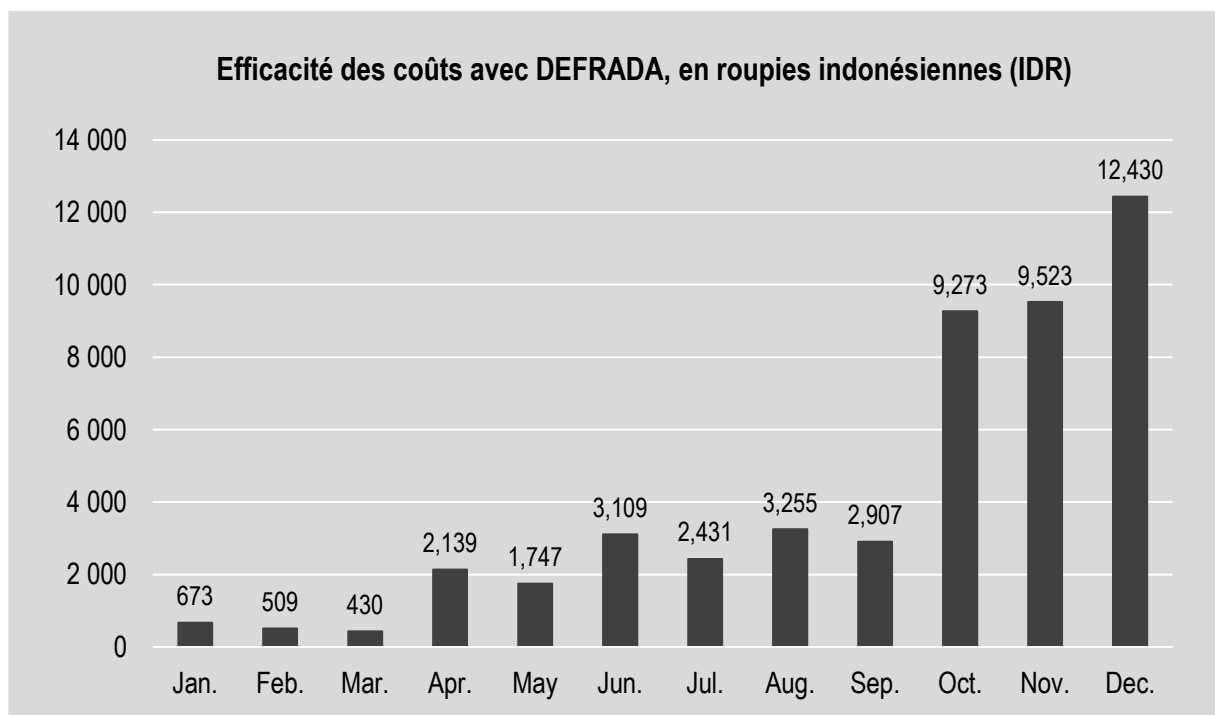
## Evaluation des résultats

*La bonne pratique a-t-elle été évaluée? Veuillez fournir des données sur l'impact et les résultats de la bonne pratique à partir d'une comparaison entre les objectifs visés et les résultats réellement obtenus, d'indicateurs avant-après et/ou d'autres types de statistiques ou indicateurs.*

Avant la mise en œuvre de DEFRADA, la rentabilité de la vérification des demandes n'était pas observée. En 2017, DEFRADA a détecté 79 727 dossiers frauduleux, ce qui a entraîné une économie de plus de 48 milliards de roupies indonésiennes (IDR).



En septembre 2017, la BPJS Kesehatan a organisé une formation spéciale de renforcement des compétences destinée aux agents des bureaux régionaux et des agences pour leur permettre de maîtriser DEFRADA afin de détecter un plus grand nombre de dossiers frauduleux.



## Enseignements tirés

*Veillez, en vous appuyant sur l'expérience de votre organisation, citer trois facteurs au maximum qui, selon vous, sont indispensables à la reproduction de cette bonne pratique. Veillez citer trois risques au maximum qui sont apparus/pourraient apparaître lors de la mise en œuvre de cette bonne pratique. Veillez décrire brièvement ces facteurs et/ou ces risques.*

- Les modèles de services hospitaliers varieront davantage avec l'augmentation du nombre d'affiliés et d'hôpitaux. Il est important de déterminer la variabilité des données en fonction des différentes méthodes de financement, telles que les groupes homogènes de malades (GHM), les honoraires privés, etc. Si la quantité de données devient trop importante, il faut essayer de sélectionner un paramètre qui peut être comparé avec de nombreuses identités/étiquettes (par exemple, un code GHM, une spécialité médicale ou une procédure médicale).
- Le phénomène de fraude à l'assurance maladie est tel un iceberg, et un soutien est nécessaire pour minimiser les potentiels abus. L'administration et les autres institutions concernées doivent impérativement travailler de concert pour mettre au jour les pratiques frauduleuses.
- Compte tenu de l'augmentation future de la quantité de données en parallèle de la croissance du nombre de services de santé, il est très important de préparer les technologies et les infrastructures nécessaires pour gérer ces données afin que toute fraude potentielle puisse être détectée plus rapidement. DEFRADA a permis d'améliorer considérablement la rentabilité grâce à l'analyse de données.