

ÉTUDE TECHNIQUE

Les possibilités qu'offre la combinaison de l'analyse des données massives et des flux de processus d'affaires

Cette étude technique vise à démontrer comment la combinaison de l'analyse de données massives, des flux de processus d'affaires et du personnel talentueux doté des compétences adéquates peut mener vers un succès durable et notable.

Cette stratégie peut s'appliquer à un large éventail de secteurs. En guise d'exemple, nous utiliserons le paiement des frais de soins de santé. Aux États-Unis seulement, les assureurs versent chaque année près de trois billions \$ en paiements d'assurance maladie aux fournisseurs. Bien que la majorité de ces paiements constituent de simples remboursements pour des services figurant dans les ententes, une partie de ce montant n'aurait pas dû être déboursée et doit être recouvrée.

Les avantages qu'offre un partenaire agissant à titre d'intermédiaire et responsable de vérifier et de recouvrer ces paiements irréguliers sont nombreux. Parmi les plus importants, citons le fait que le partenaire en gestion des processus d'affaires se trouve dans une position idéale pour exploiter l'analyse des données massives afin d'améliorer les taux de recouvrement – qu'il s'agisse de paiements irréguliers courants ou de cas de fraude manifeste – tout en réduisant l'incidence des audits sur les fournisseurs.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
SERVICES D'AUDIT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ	3
LE PROCESSUS D'AUDIT	4
LES POSSIBILITÉS QU'OFFRE L'ANALYSE	5
CE QUE NOUS RÉSERVE L'AVENIR.....	9
CONCLUSION	10

Introduction

Les données massives constituent un sujet d'actualité dans le monde des affaires. La quantité de données accessibles aux entreprises augmente de manière exponentielle, les médias sociaux et les communications intermachines en étant les deux principales sources. L'informatique en nuage fait fondre les coûts d'entreposage et la capacité de traitement s'améliore.

Comment structurer et analyser toutes ces données massives afin d'obtenir de véritables avantages d'affaires? En quoi consistent ces avantages concrets et mesurables?

En réalité, plusieurs organisations arrivent déjà à exploiter les données massives avec succès. L'efficacité de cette exploitation est parallèle au degré d'innovation de l'organisation. Lorsqu'une organisation doit surmonter un réel défi commercial, elle fait appel à des experts capables de structurer la logique de données nécessaire et d'interpréter ses résultats, ainsi qu'à un flux de processus d'affaires transformant les résultats d'analyse en résultats commerciaux escomptés.

Cette étude technique examine en profondeur comment le personnel talentueux, l'analyse des données massives et le flux de processus d'affaires peuvent être combinés pour influencer un secteur en particulier, soit celui de l'audit et du recouvrement des paiements irréguliers de soins de santé qui sont versés par les assureurs aux fournisseurs. Les professionnels de ce secteur y trouveront des renseignements qui auront une incidence directe sur leurs activités. L'exemple des paiements de soins de santé aidera également les professionnels d'autres domaines à comprendre comment la combinaison du personnel talentueux, de l'analyse des données massives et des flux de processus d'affaires peut se traduire par des solutions rentables pour leur propre organisation.

En réalité, plusieurs organisations arrivent déjà à exploiter les données massives avec succès.

Services d'audit dans le secteur de la santé

Aux États-Unis comme dans de nombreux autres pays, la prestation des soins de santé s'effectue sensiblement selon le même modèle, malgré sa complexité parfois évidente. Les citoyens s'inscrivent à un régime d'assurance maladie public ou privé et consultent des médecins et autres fournisseurs de soins de santé; parfois, ils sont hospitalisés ou prennent des médicaments.

Le médecin, l'hôpital et la pharmacie fournissent des services et soumettent des réclamations dans le cadre du régime d'assurance maladie. Ce même scénario se déroule des millions de fois par jour, partout dans le monde. Chaque année, aux États-Unis seulement, environ 3 billions \$ sont versés par les assureurs de soins médicaux aux fournisseurs. À tous les égards, il s'agit d'un marché énorme. Quoique les transactions soient généralement légitimes et exactes, les réclamations erronées, irrégulières et parfois même frauduleuses font partie de la dure réalité.

Prenons en guise d'exemple une réclamation pour un rendez-vous chez le médecin. Le formulaire indique que la visite a duré une heure. Comment vérifier cette information? Quelles autres données peut-on utiliser pour vérifier le bien-fondé d'une telle réclamation?

Examinons un autre exemple : deux réclamations sont soumises l'une à la suite de l'autre pour des appendicectomies pratiquées sur le même patient. L'invraisemblance de la situation est flagrante et indique clairement qu'il s'agit d'une réclamation irrégulière.

En dernier lieu, prenons l'exemple d'un centre médical d'une petite ville, dont les réclamations contiennent des adresses de patients beaucoup plus éloignées de son bureau que celles que l'on observe habituellement chez des fournisseurs semblables. L'excellence des services offerts par ce centre explique-t-elle pourquoi les patients voyagent si loin pour consulter ses médecins, ou existe-t-il une autre raison?

Aux États-Unis, de nombreux assureurs de soins de santé, publics et privés, font appel aux services de vérificateurs spécialisés pour examiner les réclamations, trouver celles

qui sont irrégulières, intercepter les paiements avant qu'ils ne soient versés ou recouvrer les paiements versés en trop.

Le processus d'audit

Lorsqu'une réclamation est déposée, le traitement des données nécessaires s'effectue habituellement en deux étapes, surtout dans le cas des régimes subventionnés par le gouvernement américain. Le médecin rédige les dossiers médicaux, puis un codeur les examine et leur attribue le code approprié. La réclamation est ensuite transmise au fournisseur du régime d'assurance maladie aux fins de paiement.

Habituellement, le fournisseur du régime d'assurance maladie vérifie lui-même un échantillon des réclamations reçues pour repérer celles qui sont irrégulières, ou demande à un spécialiste externe de s'en charger. CGI fait partie de ces vérificateurs externes agissant au nom de divers assureurs de soins de santé dans les secteurs privé et public.

CGI utilise ses propres applications logicielles pour effectuer l'audit des réclamations. Elles sont traitées par le système et vérifiées au moyen de la logique applicative, qui permet de repérer les combinaisons de procédures et de codes contraires à la police, inhabituels ou logiquement impossibles. La logique applicative est composée d'éléments appelés « contrôles ». Les contrôles sont souvent mis à jour pour tenir compte des dernières tendances et études en matière de réclamations irrégulières.

Simultanément, une analyse prédictive d'ensemble est effectuée afin de déterminer les tendances qui ressortent des réclamations soumises par certains types de médecins ou pour des types particuliers de procédures, et de relever les observations aberrantes suggérant la présence possible de réclamations irrégulières exigeant une enquête plus approfondie. Le processus d'audit et d'analyse requiert divers rôles. Les deux rôles auxquels cette étude se rapportera le plus souvent sont ceux du vérificateur et du scientifique de données.

- Le **vérificateur de réclamations** examine les réclamations signalées comme étant potentiellement irrégulières, recueille des renseignements supplémentaires au besoin et recommande des mesures de recouvrement. Il maîtrise les étapes pertinentes du processus ainsi que les polices et a une connaissance spécialisée des codes médicaux et des pratiques cliniques.
- Le **scientifique de données** recueille et analyse les données issues d'un nombre élevé de réclamations, d'audits et de résultats de recouvrement. Son travail fournit des renseignements utiles sur les tendances et les modèles pouvant être exploités pour améliorer les contrôles les plus élémentaires et pour créer de nouvelles capacités permettant de réaliser d'autres progrès au moyen de l'appariement des formes, des modèles prédictifs, de la mise en correspondance des données géospatiales et de l'analyse des réseaux sociaux.

Les réclamations associées à un ou plusieurs contrôles sont signalées dans le système pour indiquer qu'elles présentent une probabilité accrue d'erreurs ou d'irrégularités. Si la nature des données suggère une probabilité très élevée d'irrégularité, par exemple dans le cas d'une réclamation pour deux appendicectomies réalisées sur un même patient, le logiciel de CGI achemine la réclamation dans un flux de travaux automatisé et émet automatiquement un avis au fournisseur. Ce flux de travaux de processus d'affaires est essentiel pour assurer que les mesures de recouvrement nécessaires sont prises. Évidemment, l'automatisation assure la rentabilité du processus tout en permettant à l'équipe d'audit de se concentrer sur les cas plus complexes.

Lorsque la probabilité d'irrégularité est incertaine, le système génère automatiquement une demande de flux de travaux pour que les dossiers médicaux soient transmis à CGI et pour que l'équipe d'audit soit automatiquement avisée dès leur réception. Par la suite, des spécialistes médicaux et des codeurs examinent les données et les comparent à d'autres renseignements, par exemple les statistiques relatives à d'autres réclamations

Habituellement, le fournisseur du régime d'assurance maladie vérifie lui-même un échantillon des réclamations reçues pour repérer celles qui sont irrégulières, ou demande à un spécialiste externe de s'en charger.

soumises pour des procédures similaires ou les dossiers médicaux du patient, qui comptent en moyenne 300 pages.

Réunies, les sources de renseignements qui servent à l'audit des réclamations et aux recherches représentent effectivement des données massives. Le *volume* de ces données est immense; il s'élève souvent à des centaines de téraoctets. Les nouvelles réclamations et les dossiers médicaux que nous recevons continuellement à des fins d'analyse et d'audit, ainsi que les comportements sans cesse changeants des demandeurs, sont des facteurs contribuant également à augmenter la *vitesse* de transmission de l'information. En outre, les réclamations et les renseignements médicaux contiennent des éléments structurés et non structurés, ce qui se traduit par une grande *variété* des données.

Plus complexe que l'analyse de simples dossiers relationnels (structurés), l'analyse des données massives vaut néanmoins son pesant d'or, car les renseignements dissimulés dans les vastes sources de données non structurées sont précieux pour déterminer la validité des réclamations.

Après avoir analysé les données relatives à une réclamation, les vérificateurs intègrent leurs constatations au flux de travaux et au système d'analyse, qui lance alors les processus nécessaires, depuis l'envoi d'avis aux fournisseurs jusqu'au recouvrement des sommes. Prenant en compte ces constatations, le système analyse les tendances et utilise les résultats pour influencer la conception des contrôles à venir. Ce processus permet au système de saisir les leçons apprises et à l'équipe d'optimiser son efficacité.

Aux États-Unis, les dispositions réglementaires strictes concernant les échéances de paiement des réclamations font en sorte que la plupart des réclamations de remboursement sont soumises une fois le paiement effectué, ce qui signifie que le fournisseur a généralement le choix de reporter le montant dû à des réclamations ultérieures, de verser le remboursement ou d'entamer un processus d'appel. De plus en plus, les vérificateurs comme CGI accélèrent leurs processus afin de repérer les réclamations irrégulières avant que le paiement ne soit effectué, c'est-à-dire avant que le demandeur ne reçoive les sommes.

Cette méthode représente une excellente occasion d'améliorer l'efficacité, ce que nous aborderons plus tard. Pendant que l'équipe d'audit accumule ses apprentissages et modifie les contrôles et les modèles prédictifs en conséquence, les fournisseurs (demandeurs) apprennent aussi. Les vérificateurs offrent des services de formation aux fournisseurs, afin de réduire, idéalement, le nombre de réclamations irrégulières. Cependant, les demandeurs qui cherchent activement les occasions d'accroître la valeur de leurs réclamations trouveront de nouveaux stratagèmes pour arriver à leurs fins. C'est pourquoi le vérificateur doit conserver une longueur d'avance et anticiper ces stratagèmes dans ses contrôles.

La fraude, l'abus et le gaspillage sont des facteurs sous-jacents aux réclamations irrégulières, mais celles-ci peuvent également découler d'une simple erreur de la part du codeur. Pour démontrer qu'il y a eu fraude, il faut prouver qu'il y avait une intention de frauder, chose que les données massives réussissent rarement à faire. C'est pourquoi les réclamations doivent être analysées et interprétées par des professionnels compétents. S'il est vrai que l'on doit mettre fin à la fraude, souvent en intentant des poursuites en justice, il reste que sur le plan commercial, l'important est de récupérer l'argent à tout prix, peu importe la nature de la réclamation irrégulière.

Les possibilités qu'offre l'analyse

Les chiffres sont clairs : les paiements injustifiés à recouvrer se calculent en milliards, sans compter les coûts liés au recouvrement. Le coût le plus évident est celui associé à l'exécution des audits et des mesures de suivi nécessaires pour récupérer les sommes. En outre, les audits provoquent des réactions chez les fournisseurs, y compris le mécontentement de devoir satisfaire aux demandes du vérificateur (connu sous le nom d'« irritation du fournisseur »). De manière plus subtile, elles peuvent engendrer des changements de comportement chez le fournisseur cherchant à éviter un audit. Des exigences réglementaires existent pour réduire l'irritation des fournisseurs.

C'est dans ce contexte que des techniques d'analyse de plus en plus évoluées ont été créées dans le but d'optimiser l'efficacité de l'audit des réclamations. Puisqu'il est

Réunies, les sources de renseignements qui servent à l'audit des réclamations et aux recherches représentent effectivement des données massives. Le flux de travaux de processus d'affaires est essentiel pour transformer l'analyse en mesures concrètes.

impossible de savoir si les réclamations sont légitimes, irrégulières ou frauduleuses avant de les évaluer, les scientifiques de données leur attribuent toujours une probabilité de recouvrement et un montant de recouvrement escompté. Le défi est alors de créer des règles qui déclencheront l'audit (les contrôles) en déterminant les réclamations ayant une forte probabilité de faire l'objet d'un recouvrement, d'un recouvrement à valeur élevée ou les deux.

Autrement dit, tout ensemble de contrôles engendre un certain nombre d'audits lorsqu'appliqué à un groupe de réclamations, et les sommes à recouvrer peuvent être mesurées. Si l'ensemble de contrôles est modifié, notamment par un scientifique de données proposant une nouvelle règle qu'il a découverte au cours de son analyse, les changements se répercutent sur le fonctionnement et les résultats du système.

On peut illustrer ce concept par un tableau démontrant la valeur qu'ajoute la méthode de l'« ensemble de substitution » pour sélectionner efficacement les réclamations à vérifier. L'idée derrière l'ensemble de substitution est qu'une modification de l'ensemble de contrôles modifie également l'ensemble des décisions qui en découlent, de manière à ce que certaines réclamations passent « d'une décision à une autre ». Les décisions non modifiées n'ont aucune incidence. La comparaison des résultats obtenus à l'aide de l'ensemble de substitution et des résultats initiaux révèle l'efficacité des contrôles modifiés.

Autrement dit, tout ensemble de contrôles engendre un certain nombre d'audits lorsqu'appliqué à un groupe de réclamations, et les sommes à recouvrer peuvent être mesurées.

	Décisions découlant des contrôles améliorés	→	
Décisions découlant des contrôles actuels	Vérifier	Ne pas vérifier	Total
Vérifier	Nombre total d'audits : 80 000 Taux de réussite : 50 % Montant total des recouvrements : 40 000 000 \$ Recouvrements par audit : 500 \$	Nombre total d'audits : 20 000 Taux de réussite : 10 % Montant total des recouvrements : 2 000 000 \$ Recouvrements par audit : 100 \$	Nombre total d'audits : 100 000 Taux de réussite : 42 % Montant total des recouvrements : 42 000 000 \$ Recouvrements par audit : 420 \$
Ne pas vérifier	Nombre total d'audits : 20 000 Taux de réussite : 40 % Montant total des recouvrements : 6,400 000 \$ Recouvrements par audit : 320 \$	Nombre total d'audits : 0 Taux de réussite : S. O. Montant total des recouvrements : 0 \$ Recouvrements par audit : S. O.	
Total	Nombre total d'audits : 100 000 Taux de réussite : 48 % Montant total des recouvrements : 46 400 000 \$ Recouvrements par audit : 464 \$		

Figure 1 – L'application de critères décisionnels (contrôles) plus efficaces produit un ensemble de substitution offrant des résultats considérablement meilleurs. Tirés d'un cas réel, les montants sont cités à titre d'exemple seulement.

Dans cet exemple, 100 000 audits sont effectués chaque mois à l'aide de l'ensemble de contrôles actuel et génèrent des recouvrements totalisant 42 millions \$. En analysant les tendances relatives aux caractéristiques des réclamations qui indiquent des probabilités plus élevées d'irrégularité, les scientifiques de données du partenaire d'audit sont en mesure de préciser l'ensemble de contrôles. Par conséquent, certaines réclamations qui auraient été vérifiées auparavant ne le sont plus (le groupe dans la cellule rouge du tableau), tandis que d'autres qui n'auraient pas été vérifiées le seront dorénavant (le groupe dans la cellule verte).

Le taux de réussite et le total des sommes recouvrées sont beaucoup plus élevés pour les réclamations de la cellule verte; on remarque d'ailleurs que les sommes recouvrées augmentent de 4,4 millions \$ pour atteindre 46,4 millions \$. Puisque le nombre total d'audits demeure inchangé, les coûts opérationnels et l'irritation des fournisseurs n'augmentent pas. Cette méthode permet d'augmenter les sommes recouvrées de 4 millions \$ par année, soit une amélioration de plus de 10 %, et ce, grâce à une simple modification de contrôle.

Puisque l'assureur de soins de santé et le partenaire en gestion des processus d'affaires ont tous deux des raisons de s'assurer que le processus est exécuté aussi efficacement

que possible, ils coopèrent afin de trouver des façons de l'améliorer. Un processus de contrôle et de recherche amélioré réduit les faux positifs, ce qui améliore la productivité du vérificateur et diminue l'irritation des fournisseurs ainsi que les coûts. Chaque fois qu'on trouve une nouvelle solution pour recouvrer davantage de réclamations irrégulières ou pour effectuer le même recouvrement grâce à moins d'audits ou à des audits plus discrets, les deux partenaires en sortent gagnants.

OUVRIR LA VOIE À DES CONTRÔLES ET DES ANALYSES EFFICACES

Au début d'un partenariat en gestion des processus d'affaires, nous établissons la portée et l'éventail de tâches que l'équipe de CGI effectuera. La portée comprend la définition des données auxquelles nous aurons accès, les contrôles en matière de respect de la vie privée et de confidentialité et les responsabilités de chaque partenaire en lien avec la production des rapports et les analyses.

Il est important, à ce stade, d'établir l'ensemble initial de contrôles. Pour ce faire, deux sources de données sont utilisées : les polices de l'organisation cliente et les connaissances de CGI au sujet des contrôles dont l'efficacité a déjà été éprouvée dans des organisations similaires.

Une fois le processus en marche, les données commencent à s'accumuler et à afficher les résultats de l'application, au large éventail de réclamations, des contrôles et des différentes mesures d'audit et de recouvrement. À ce stade, les scientifiques de données peuvent commencer leur travail en mettant à profit leur connaissance des données, du domaine clinique et des règles de contrôle existantes, ainsi que leur créativité afin de formuler de nouvelles hypothèses à mettre à l'essai. Leurs analyses portent sur les éléments suivants :

- les détails des réclamations et des recouvrements;
- les tendances relatives à l'efficacité des contrôles existants, surtout en ce qui a trait à leur « usure » à mesure que les fournisseurs modifient leur comportement;
- les dossiers médicaux (les dossiers papier numérisés et les nouveaux dossiers électroniques, utilisés dans les audits proprement dits et les analyses);
- les reportages sur les fraudes dans le domaine des soins de santé, qui offrent des idées de nouvelles hypothèses et peuvent aussi inspirer des imitateurs;
- les avis anonymes (ceux-ci sont transmis aux scientifiques de données afin qu'ils puissent participer aux enquêtes de suivi).

Les réclamations irrégulières en matière de soins de santé sont variées. Elles peuvent être de l'ordre de simples erreurs, de légère enflure des montants réclamés ou d'activités frauduleuses sophistiquées à grande échelle. Chaque type de réclamation exige une approche analytique différente.

Les réclamations erronées – On les repère souvent grâce à la cohérence logique et aux règles des polices. Par exemple, il est impossible qu'un traitement de canal ait été effectué par un ophtalmologiste. Compte tenu de la complexité intrinsèque des diagnostics et de la pratique de la médecine, on doit souvent avoir recours à l'analyse pour découvrir ces erreurs.

Une légère enflure des montants réclamés – Cette catégorie se situe dans une zone grise entre l'erreur et la fausse déclaration intentionnelle. Bien qu'elles soient logiques sur papier, les réclamations gonflées sont irrégulières, car elles ne correspondent pas aux soins qui ont réellement été prodigués. Elles peuvent se dissimuler notamment derrière un ensemble de codes correspondant à une visite chez le médecin. La réclamation fait parfois état d'une visite longue ou complexe, alors qu'en réalité, la visite était courte et simple. Dans cette catégorie, les modèles prédictifs peuvent être très utiles pour repérer les réclamations irrégulières, car il est possible d'établir des corrélations entre leurs caractéristiques et une probabilité élevée de montant à recouvrer.

Les réclamations irrégulières en matière de soins de santé sont variées. Elles peuvent être de l'ordre de simples erreurs, de légère enflure des montants réclamés ou d'activités frauduleuses sophistiquées à grande échelle.

La fraude – La détection des cas graves de fausse déclaration intentionnelle est difficile et ne fait pas partie des activités normales de l'audit de réclamations. Lorsque des cas soulèvent des soupçons raisonnables d'activités criminelles, ils sont transmis à une unité spéciale qui effectue une enquête approfondie et intente des poursuites en justice au besoin. Les techniques d'analyse nécessaires pour repérer les cas de fraude potentiels sont tout aussi sophistiquées et font appel à la reconnaissance des formes et à l'analyse des réseaux sociaux. Malgré ces techniques, les données et les modèles ne peuvent pas prouver l'intention; ils ne peuvent que rassembler des preuves de fraude.

À l'instar des types d'analyse qui varient selon les types de réclamations irrégulières, les mesures de recouvrement possibles varient également. Comme nous l'avons vu, lorsqu'il s'agit de simples erreurs détectées par une règle de police, il est possible d'automatiser le recouvrement par la génération d'une lettre. Les réclamations gonflées, ambiguës, doivent parfois être examinées par un expert et l'établissement des mesures de recouvrement adéquates ainsi que des sommes à percevoir exigent des renseignements supplémentaires de la part du fournisseur. Lorsqu'on constate que les réclamations envoyées à un certain fournisseur contiennent plusieurs erreurs similaires, l'ensemble de ces réclamations peut être regroupé et enclencher un seul processus de recouvrement. Ce regroupement permet de récupérer les sommes dues tout en évitant les dépenses associées au traitement de plusieurs recouvrements.

L'IMPORTANCE D'UN PROCESSUS INTÉGRÉ

Le flux de travaux de l'audit des réclamations soutenu par l'analyse est un processus en circuit fermé.

La combinaison d'un processus d'affaires régi par des règles, de techniques d'analyse et de personnes possédant les compétences requises favorise d'excellents résultats ainsi que l'amélioration continue de l'audit des recouvrements.

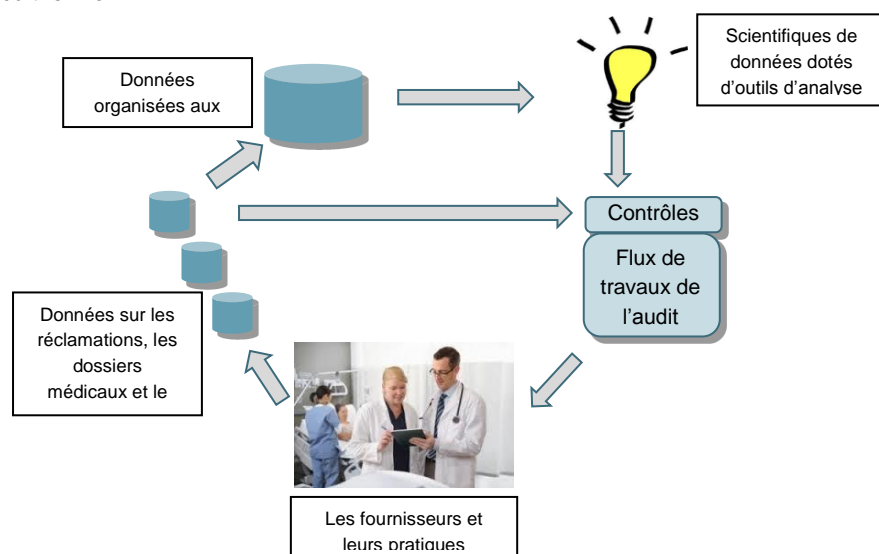


Figure 2 – Schéma illustrant les fonctions de l'audit des réclamations et de l'analyse des données, intégrées pour former un processus en circuit fermé.

Ces exemples démontrent que la combinaison d'un processus d'affaires régi par des règles, de techniques d'analyse et de personnes possédant les compétences requises favorise d'excellents résultats et l'amélioration continue de l'audit des recouvrements. Un ensemble particulier de contrôles, de modèles prédictifs et d'algorithmes d'appariement de formes peut s'avérer efficace pendant un certain temps, mais le contexte en constante évolution exige également l'intervention d'un personnel compétent afin de devancer les tendances.

Un partenaire en gestion des processus d'affaires comme CGI est très bien positionné pour aider les fournisseurs d'assurance maladie à conserver leur longueur d'avance, car il peut investir dans les logiciels, les processus et le personnel talentueux et répartir ces coûts parmi plusieurs clients.

Les clients de CGI constatent que, dans le cadre de leur travail avec un partenaire en gestion des processus d'affaires, la nature de leur entente commerciale exerce une grande influence sur le succès du processus d'affaires et de l'aspect collaboratif de l'analyse. Un contrat qui permet aux deux parties d'accroître les recouvrements et de réduire les audits inutiles, l'irritation des fournisseurs et les coûts favorise la concordance des intérêts de manière à produire les résultats optimaux.

Bref, la création d'un processus optimal d'audit des recouvrements comprend l'établissement d'un ensemble efficace de règles (contrôles) de sélection des audits ainsi que l'amélioration continue de cet ensemble grâce à l'analyse des résultats des audits et des recouvrements. On doit également s'assurer, au moyen de flux de travaux efficaces, que les réclamations irrégulières, une fois repérées, sont suivies jusqu'au recouvrement des sommes. La recette gagnante comprend trois ingrédients essentiels : le flux de travaux du processus d'affaires, l'analyse des données et un personnel talentueux doté des compétences requises.

Ce que nous réserve l'avenir

Les secteurs de l'assurance maladie, des services en gestion des processus d'affaires et de l'analyse de données évoluent rapidement. Certains aspects de l'audit des recouvrements ne changeront pratiquement pas au cours des prochaines années, y compris le besoin d'avoir recours à une telle activité. Tant que les réclamations feront l'objet de remboursements d'assurance, il y aura toujours des fournisseurs qui soumettront des réclamations erronées, gonflées ou frauduleuses.

Dans un avenir proche, il est fort probable que plusieurs aspects de ces activités, tels ceux énumérés ci-dessous, évoluent.

- **Les nouvelles données** – De nouvelles sources de renseignements alimenteront les données liées aux réclamations et aux dossiers médicaux numérisés utilisés aujourd'hui. Les dossiers médicaux électroniques sont très prometteurs, car ils permettent un audit indépendant et, en principe, exact des diagnostics et de la procédure, qui peuvent être associés automatiquement à la réclamation. Les sources de renseignements comme les registres de décès, les dossiers de résidence et les permis de conduire offrent un moyen de vérifier l'identité des patients grâce à la comparaison de listes et à l'analyse des liens. En outre, aux États-Unis, on facilite la détection des tendances et la comparaison entre les patients et les fournisseurs en recueillant des données de référence à partir des réclamations soumises à l'échelle nationale.
- **L'analyse de textes** – On utilise déjà, pour améliorer l'efficacité des audits, des méthodes d'analyse de textes telles que l'extraction de mots-clés et la classification de documents lorsque des renseignements utiles figurent dans des sources en format texte, par exemple des dossiers papier numérisés. À titre d'exemple, la classification des documents peut automatiquement guider le vérificateur vers la page pertinente d'un dossier médical. À noter que les dossiers médicaux comportent en moyenne 300 pages.
- **La modélisation prédictive** – On commence à peine à l'utiliser pour le recouvrement de paiements irréguliers et le repérage de fraude. Nous nous attendons à ce que cette technique gagne rapidement en popularité au cours des prochaines années.
- **Les changements au sein du marché** – Les modèles de paiement poursuivront leur évolution. Par exemple, les paiements fondés sur les résultats créeront de nouvelles occasions de gonfler les réclamations. Les vérificateurs devront conserver leur longueur d'avance dans ce nouveau contexte.
- **Les changements réglementaires** – Les nouveaux codes (par exemple, la mise en œuvre de la classification CIM-10 aux États-Unis en octobre 2014) feront augmenter la quantité de données et exigeront l'élaboration de nouveaux contrôles plus complexes.

Les clients de CGI constatent que, dans le cadre de leur travail avec un partenaire en gestion des processus d'affaires, la nature de leur entente commerciale exerce une grande influence sur le succès du processus d'affaires et de l'aspect collaboratif de l'analyse.

- **La hausse des menaces à la cybersécurité** – Les fournisseurs de soins de santé, les assureurs et leurs partenaires ont une responsabilité fiduciaire de protection des données. À mesure que les menaces à la cybersécurité augmenteront, l'éventail de moyens de défense s'élargira aussi.
- **La mobilité** – Les soins à domicile de plus en plus courants posent le défi de démontrer que les travailleurs en soins à domicile ont vraiment effectué la visite faisant l'objet d'une réclamation. Nous envisageons une utilisation accrue de la technologie mobile dans ce secteur.
- **Le prépaiement** – Les processus et les règles décrits dans la présente étude sont relatifs au type de recouvrement le plus usité aujourd'hui, c'est-à-dire les audits et le recouvrement « après paiement », parfois qualifiés de « pay and chase » (payer, puis réclamer). Au fil du temps, on privilégiera plutôt les audits avant paiement. Même si elles doivent être réalisées dans de courts délais pour être conformes à la réglementation, elles peuvent éviter le versement de nombreux paiements irréguliers.

Chacun de ces progrès allonge la liste des raisons qui expliquent la nécessité de disposer de professionnels spécialisés dans l'audit des réclamations. Pour accroître l'efficacité d'une fonction existante, la rigueur des processus et l'analyse jouent bien sûr un rôle important. Cependant, ce sont ceux et celles qui ont la capacité d'envisager des méthodes novatrices et de changer les règles du jeu plutôt que de se contenter d'y jouer qui auront la plus grande incidence sur cette efficacité.

Conclusion

La présente étude technique nous a permis de décrire comment la combinaison de flux de processus d'affaires, de l'analyse des données massives et du personnel talentueux possédant les compétences requises peut engendrer un succès durable et notable. À titre d'exemple, nous avons utilisé le secteur dynamique et vaste des paiements de soins de santé et expliqué comment CGI aide les assureurs de soins médicaux à vérifier et à recouvrer les paiements versés en contrepartie de réclamations irrégulières. Nous avons expliqué comment nous intégrons l'amélioration continue dans notre service et cité quelques-uns des progrès à venir dans le secteur.

Chez CGI, nous avons la ferme conviction que les organisations de divers secteurs ont la possibilité d'exploiter les données massives en les alliant au flux de travaux de processus d'affaires et à des professionnels possédant les compétences requises. Nous sommes convaincus que l'exemple du secteur des soins de santé saura vous inciter à continuer d'explorer les possibilités. À mesure que les données massives et les techniques utilisées pour les exploiter continuent d'évoluer, la capacité d'améliorer les activités commerciales à partir de résultats d'analyse devient un levier de plus en plus essentiel au succès.

Chez CGI, nous avons la ferme conviction que les organisations de divers secteurs ont la possibilité d'exploiter les données massives en les alliant au flux de travaux de processus d'affaires et à des professionnels possédant les compétences requises.

Que vous soyez actif dans le secteur de la santé ou dans un autre domaine, nous serons heureux de discuter avec vous des façons dont nous pouvons vous aider à combiner l'analyse des données massives et la gestion du flux de travaux de processus d'affaires afin de relever les défis qui vous attendent. N'hésitez pas à communiquer avec nous à info@cgi.com.

À PROPOS DES AUTEURS

Robert Rolf – M. Rolf possède plus de 17 ans d'expérience dans le domaine de l'audit des recouvrements, des services-conseils en matière de paiements, de l'audit des paiements irréguliers et des solutions technologiques connexes. Il est vice-président de la pratique Santé et conformité de CGI et gère l'audit des recouvrements et les projets connexes pour l'organisme Centers for Medicare & Medicaid et pour les régimes Medicaid de divers États. Son savoir-faire l'a amené à témoigner devant des comités et des sous-comités sénatoriaux.

Christopher Sutton – M. Sutton est vice-président de la pratique de services en gestion des processus d'affaires de CGI. Établi à Londres, en Angleterre, M. Sutton a acquis 15 ans d'expérience dans le domaine des services en gestion des processus d'affaires au cours de ses activités en Amérique du Nord, en Europe et en Asie-Pacifique. Il est titulaire d'une maîtrise en arts (études classiques) de l'Université d'Oxford, il est également membre de l'Institut des comptables agréés et a obtenu la certification « Six Sigma Black Belt ».

Matthew Kuckuk – Fort de 25 années d'expérience en analyse de données et en intelligence d'affaires, M. Kuckuk dirige la pratique d'intelligence d'affaires et de données massives de CGI à partir de San Francisco, en Californie. M. Kuckuk est titulaire d'un baccalauréat en sciences et d'une maîtrise en sciences dans le domaine de la recherche opérationnelle de l'Université du Wisconsin et de l'Université de la Californie (UC). Il siège également au conseil consultatif sectoriel de la faculté de génie industriel et de recherche opérationnelle de l'Université de la Californie à Berkeley.

cgi.com

© 2014 GROUPE CGI INC.

Fondée en 1976, CGI est un fournisseur mondial de services en technologies de l'information (TI) et en gestion des processus d'affaires qui offre des services-conseils en management, des services d'intégration de systèmes et d'impartition. Grâce à ses 68 000 membres présents dans 40 pays, CGI a un bilan inégalé de projets réalisés selon les échéances et budgets prévus. Nos équipes s'arriment aux stratégies d'affaires des clients afin d'obtenir des résultats probants sur toute la ligne. Pour en savoir davantage sur CGI, visitez www.cgi.com ou écrivez-nous à info@cgi.com.