

Factures des médecins

Suivi de la section 3.11 du *Rapport annuel 2016* par le Comité permanent des comptes publics

En mars 2017, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu des audiences publiques concernant l’audit des factures des médecins que nous avons effectué en 2016. Le Comité a déposé un rapport découlant de l’audience à l’Assemblée législative en février 2018. Le rapport est accessible à l’adresse <http://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/standingcommittee/standingcommittee-fr.html>.

Le Comité a formulé six recommandations et a demandé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) de lui soumettre sa réponse au plus tard le 22 juin 2018. En raison des récentes élections provinciales et de

la reconstitution du Comité auquel de nouveaux membres ont été nommés, le Ministère n’a pu soumettre une réponse officielle au Comité avant le 21 août 2018. Certains points soulevés par le Comité étaient similaires aux observations de l’audit que nous avons mené en 2016 et dont nous avons également effectué un suivi cette année (voir le chapitre 1). L’état de chacune des mesures recommandées par le Comité est indiqué à la **figure 1**.

Nous avons effectué des travaux d’assurance entre le 2 avril et le 31 août 2018. Nous avons obtenu une déclaration écrite du ministère de la Santé et des Soins de longue durée nous informant

Figure 1 : Résumé de l’état des mesures recommandées dans le rapport de février 2018 du Comité

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l’Ontario

	Nombre de mesures recommandée	État des mesures recommandées			
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre
Recommandation 1	4	1	3		
Recommandation 2	3		1	2	
Recommandation 3	3	2		1	
Recommandation 4	3	1	1	1	
Recommandation 5	3	1	2		
Recommandation 6	1	1			
Total	17	6	7	4	0
%	100	35	41	24	0

qu'au 31 octobre 2018, il nous a fourni une mise à jour complète sur l'état des recommandations formulées par le Comité.

Conclusion globale

Au 31 août 2018, le Ministère avait pleinement mis en oeuvre 35 % des mesures recommandées par le Comité et était en train de mettre en oeuvre une autre tranche de 41 %. Toutefois, peu de progrès, sinon aucun, avaient été réalisés à l'égard de 24 % des mesures recommandées. Par exemple, le Ministère veille à ce que tous les fournisseurs de soins primaires reçoivent la formation requise sur l'utilisation et la gestion des visualiseurs cliniques (des portails Web servant à partager l'information

sur les patients, anciennement appelés « dorsales connectées »), et il a réalisé des progrès pour ce qui est d'élargir l'accès aux visualiseurs cliniques aux fournisseurs de soins primaires. Cependant, le Ministère a fait peu de progrès en ce qui concerne l'obtention de renseignements exacts sur les pratiques des médecins, y compris leurs coûts d'exploitation et leurs marges de profit.

État détaillé des recommandations

La **figure 2** présente les recommandations ainsi que les détails de l'état qui sont fondés sur les réponses du Ministère et notre examen des renseignements fournis.

Figure 2 : Recommandations du Comité et détails de l'état des mesures recommandées

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Recommandations du Comité	Détails de l'état
<p>Recommandation 1 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> élargisse l'accès aux dorsales connectées à tous les fournisseurs de soins primaires; État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2022. veille à ce que tous les fournisseurs de soins primaires reçoivent la formation nécessaire sur l'utilisation et la gestion des dorsales connectées; État : Pleinement mise en oeuvre. 	<p>Au moment de notre suivi, le Ministère avait élargi l'accès aux visualiseurs cliniques provinciaux (anciennement appelés « dorsales connectées ») à plus de 100 des 857 cabinets de groupe de fournisseurs de soins primaires dans la province, et à 800 des 2 739 médecins exerçant seuls en Ontario. Le Ministère collabore avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour élargir l'accès aux visualiseurs cliniques provinciaux, et son objectif est que 80 % des fournisseurs de soins primaires y aient accès d'ici mars 2022. Les spécifications de connectivité que peuvent utiliser les fournisseurs de services de santé aux fins de l'intégration aux visualiseurs cliniques ont déjà été élaborées.</p> <p>Avant que le Ministère permette aux fournisseurs de soins primaires d'accéder aux visualiseurs cliniques provinciaux, ceux-ci doivent suivre une formation obligatoire qui porte notamment sur l'utilisation des données et les pratiques exemplaires en matière de sécurité et de protection des renseignements personnels. Les mesures de contrôle comprennent le fait d'exiger que les fournisseurs signent des ententes confirmant qu'ils respecteront les politiques de sécurité et de protection des renseignements personnels ainsi que les politiques en matière de formation, et qu'ils suivront le cours d'apprentissage en ligne obligatoire avant de se voir accorder l'accès aux visualiseurs cliniques. Le matériel de formation est mis à jour tous les ans.</p>

Recommandations du Comité	Détails de l'état
<ul style="list-style-type: none"> • veille à ce que les données soient aussi accessibles en dehors des services de soins primaires grâce aux dorsales connectées; État : En voie de mise en oeuvre. Le Ministère n'était pas en mesure de fournir un échéancier précis avant mars 2019. • établit des délais pour la mise en oeuvre des recommandations ci-dessus. État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2019. 	<p>Un projet pilote a été lancé en janvier 2016 et était en cours au moment de notre suivi. Il permet la transmission des données cliniques des fournisseurs de soins primaires aux visualiseurs cliniques. Quatre cliniques participent au projet pilote. Une partie du projet vise à simplifier l'utilisation et à recenser les leçons retenues avant qu'une stratégie provinciale soit élaborée, ce qui devrait être fait en mars 2019. Le Ministère n'a pas été en mesure de fournir un échéancier pour la mise en oeuvre du partage des données en dehors des services de soins primaires avant que la stratégie provinciale soit élaborée.</p> <p>Comme il est mentionné ci-dessus, le Ministère n'a pu fournir un échéancier pour la mise en oeuvre du partage des données en dehors des services de soins primaires jusqu'à ce que la stratégie provinciale soit élaborée, ce qui devrait être fait en mars 2019.</p>
<p>Recommandation 2 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • crée et distribue des ressources éducatives à l'intention du public pour fournir des orientations et des renseignements sur les soins non urgents; État : Peu ou pas de progrès. • surveille le nombre de patients utilisant les services d'urgence pour des soins non urgents afin de mesurer l'efficacité de la campagne de sensibilisation; État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2020. 	<p>Au moment de notre suivi, le Ministère n'avait pas élaboré ni commencé à mettre au point des ressources éducatives qui fournissent au public des orientations et des renseignements sur les soins non urgents. Le Ministère a toutefois mentionné qu'il élaborera des ressources éducatives destinées aux patients, en consultation avec l'Ontario Medical Association (OMA).</p> <p>Le Ministère et l'OMA sont sans contrat depuis l'expiration de la précédente entente, le 31 mars 2014. En mai 2017, les deux parties ont conclu une entente-cadre d'arbitrage obligatoire (processus d'arbitrage). La première phase du processus d'arbitrage a commencé en mai 2018. En juin 2018, les parties ont convenu de retourner à la table de négociation en juillet afin de relancer leurs relations et d'explorer la possibilité de parvenir à un règlement mutuellement acceptable. Les dates fixées en juillet pour le processus d'arbitrage ont été utilisées pour les négociations, et d'autres dates ont été ajoutées en août et en septembre.</p> <p>Les parties ont repris le processus d'arbitrage, et des séances sont prévues en décembre. La deuxième phase suivra.</p> <p>Des ressources éducatives seront élaborées en fonction du résultat des négociations ou du processus d'arbitrage, la date fixée étant mars 2020.</p> <p>Le Ministère et Qualité des services de santé Ontario ont commencé à recueillir des données sur les visites de patients aux services d'urgence pour tous les modèles de médecins de première ligne, en 2017. Les données recueillies comprennent de l'information sur les visites de patients aux services d'urgence dans les cas où des soins primaires offerts selon des modèles de paiement par capitation (où les médecins sont rémunérés pour fournir un ensemble de services à un groupe de patients inscrits) seraient plus appropriés. Ces modèles favorisent un accès accru aux soins primaires, ce qui peut aider les patients à éviter les visites aux services d'urgence pour les soins non urgents.</p>

Recommandations du Comité	Détails de l'état
<ul style="list-style-type: none"> corrige, au besoin, et répète la campagne jusqu'à ce que la fréquence des visites aux services d'urgence pour des soins non urgents atteigne un niveau satisfaisant et durable. État : Peu ou pas de progrès. 	<p>Le Ministère a mentionné qu'il tiendrait compte de l'incidence des ressources éducatives sur les visites de patients aux services d'urgence pour obtenir des soins non urgents une fois que ces ressources auront été élaborées, en attendant les résultats du processus de négociation ou d'arbitrage et des consultations avec l'OMA, la date fixée étant mars 2020. Le Ministère a ajouté que plusieurs facteurs influent sur les visites aux services d'urgence et qu'en conséquence, il pourrait ne pas être entièrement possible d'isoler l'incidence particulière qu'aurait la campagne de sensibilisation.</p>
<p>Recommandation 3 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> établit des fourchettes de paiements moyens aux médecins selon la spécialité; État : Pleinement mise en oeuvre. surveille régulièrement les dépassements de ces paiements moyens pour une spécialité, et qu'il en découvre les raisons; État : Pleinement mise en oeuvre. obtienne des renseignements exacts sur les pratiques des médecins, y compris leurs coûts d'exploitation et leurs marges de profits. État : Peu ou pas de progrès. 	<p>Le Ministère a commencé à utiliser les données de l'Institut canadien d'information sur la santé et les renseignements sur les demandes de règlement de paiements à l'acte pour établir des fourchettes de paiements moyens aux médecins selon 64 spécialités. Le calcul repose sur un écart-type par rapport à la moyenne pour créer une fourchette qui s'appliquera à la majorité des médecins. En 2016-2017, la spécialité la moins rémunératrice, selon la fourchette établie, était la médecine communautaire, avec une rémunération allant de 65 107 \$ à 131 975 \$, et la plus rémunératrice était l'ophtalmologie, avec une fourchette comprise entre 659 049 \$ et 1 237 715 \$.</p> <p>En 2017, le Ministère a commencé à utiliser les niveaux de revenus des médecins et les fourchettes moyennes par spécialité dans le cadre de l'évaluation des risques lorsqu'il examine les médecins aux fins d'enquête. Au moment de notre suivi, le Ministère examinait un certain nombre de médecins de diverses spécialités dont la facturation était élevée. Ces examens ont pour but d'aider à mieux comprendre les pratiques des médecins qui facturent des montants plus élevés que les autres médecins dans leur spécialité ainsi qu'à repérer les cas de facturation inappropriée.</p> <p>Le Ministère a mentionné que l'obtention de renseignements exacts sur les pratiques des médecins, y compris leurs coûts d'exploitation et leurs marges de profits, nécessiterait des consultations avec l'OMA dans le cadre du processus de négociation ou d'arbitrage, comme il est mentionné à la recommandation 2. Le Ministère n'a effectué aucun travail préliminaire pour déterminer la procédure à suivre pour obtenir de l'information financière auprès des cabinets de médecins ou les renseignements à obtenir.</p>
<p>Recommandation 4 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> établit des fourchettes officielles pour communiquer au public les résultats des paiements faits aux médecins; État : Peu ou pas de progrès. 	<p>Le Ministère n'a effectué aucun travail en vue d'établir des fourchettes officielles pour communiquer au public les résultats des paiements faits aux médecins. Il divulgue actuellement des renseignements non identificatoires sur les paiements aux médecins en réponse à des demandes d'accès à l'information.</p>

Recommandations du Comité	Détails de l'état
<ul style="list-style-type: none"> surveille régulièrement l'exactitude de la facturation des médecins et la compare aux fourchettes; État : Pleinement mise en oeuvre. 	<p>Comme il est mentionné à l'état de la recommandation 3, en 2017, le Ministère a commencé à utiliser les niveaux de revenus des médecins et les fourchettes moyennes par spécialité dans le cadre de l'évaluation des risques lorsqu'il examine les médecins aux fins d'enquête. Il utilise des indicateurs globaux comme les paiements totaux, le nombre de jours facturés, les patients vus et les comparaisons provinciales dans le cadre des critères de sélection pour les enquêtes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> veille à ce que les paiements erronés soient recouverts rapidement. État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2020. 	<p>Le Ministère a engagé huit employés à temps plein pour qu'ils participent directement à la surveillance des paiements aux médecins afin d'accroître le nombre d'interactions avec les médecins, le nombre de cas examinés pour repérer d'éventuels cas de facturation inappropriée et le nombre d'ententes de remboursement volontaire conclues.</p> <p>Entre 2016 et le moment de notre suivi, le Ministère a recouvré ou était en voie de recouvrer 819 950 \$ auprès de quatre médecins grâce à des examens proactifs. Ce montant représente une augmentation importante par rapport aux 19 700 \$ recouverts de 2013 à 2015, mais il est de beaucoup inférieur aux 1 837 000 \$ recouverts auprès de 184 médecins en 2012 seulement.</p> <p>Les examens réactifs et les recouvrements fondés sur les plaintes reçues ont considérablement augmenté depuis notre audit. De 2016-2017 à 2017-2018, le Ministère a achevé 338 examens réactifs et a recouvré ou était en voie de recouvrer 2 436 500 \$ auprès de 57 médecins. Ces résultats se comparent avantageusement aux 260 examens réactifs effectués de 2014-2015 à 2015-2016, qui se sont soldés par des recouvrements de 501 400 \$ auprès de 19 médecins.</p> <p>Le Ministère a indiqué qu'en juin 2018, l'implantation du nouveau logiciel n'était pas terminée. Des investissements supplémentaires sont requis pour terminer l'implantation. Une fois implanté, le logiciel améliorera la surveillance et l'analyse des données en vue de repérer les cas de paiements inappropriés, de faire un suivi et de communiquer avec les médecins concernés. Le Ministère a expliqué que tout changement à apporter au processus d'examen et d'éducation nécessiterait des modifications à la <i>Loi sur l'assurance-santé</i>.</p> <p>La majorité des recouvrements effectués par le Ministère est constituée de remboursements volontaires par les médecins après l'exécution d'examens. Sauf dans les cas où les médecins acceptent de rembourser volontairement les montants, il est très difficile de recouvrer les paiements inappropriés. La loi actuelle empêche le Ministère de demander à un médecin de rembourser un trop-payé ou les sommes versées pour payer des factures jugées contraires aux dispositions de la <i>Loi sur les services de santé</i>, à moins d'obtenir une ordonnance de la Commission de révision des paiements effectués aux médecins.</p> <p>Au moment de notre suivi, le même processus était toujours utilisé pour recouvrer les trop-payés auprès des médecins. Le Ministère a expliqué que tout changement concernant le processus de recouvrement nécessiterait des modifications à la <i>Loi sur l'assurance-santé</i>.</p>

Recommandations du Comité	Détails de l'état
<p>Recommandation 5 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> examine les recommandations de l'évaluation du consultant tiers et fournisse au Comité des délais correspondants pour les dates de mise en oeuvre prévues; fournisse au Comité les raisons expliquant le choix de ne pas mettre en oeuvre certaines recommandations, s'il y a lieu; État : En voie de mise en oeuvre d'ici mars 2019. fournisse au Comité une copie du rapport du consultant tiers. État : Pleinement mise en oeuvre. 	<p>Le consultant tiers a demandé une prolongation de délai afin d'achever le rapport sur les coûts de l'assurance responsabilité médicale. Le rapport a donc été publié en avril 2018, soit plus d'un an après la date d'échéance originale de janvier 2017. Le rapport comporte 40 recommandations. Au moment de notre suivi, en raison de la publication tardive du rapport, le Ministère examinait les recommandations et s'était engagé à mettre au point un plan de mise en oeuvre approprié avec les échéances correspondantes avant mars 2019.</p> <p>Le rapport du consultant tiers est accessible sur le site Web du Ministère, à l'adresse http://health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/medical_liability/default.aspx.</p>
<p>Recommandation 6 Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournisse au Comité des renseignements sur l'évolution de son analyse des enquêtes de facturation et, s'il y a lieu, des délais pour la mise en oeuvre des changements. État : Pleinement mise en oeuvre.</p>	<p>Le 18 mai 2018, le Ministère a demandé à l'Association canadienne de protection médicale de confirmer par écrit que la part des frais qu'il assume exclut les sommes liées aux procédures de défense dans le contexte d'un différend en matière de facturation entre un médecin ontarien et la province, ou d'une affaire criminelle mettant en cause un médecin ontarien. En juillet 2018, l'Association canadienne de protection médicale a indiqué, dans sa réponse à la lettre du Ministère, que les différends en matière de facturation et les affaires criminelles ne représentaient qu'un faible pourcentage des coûts de protection de responsabilité médicale et que ses dépenses connexes annuelles étaient considérablement inférieures à la partie non remboursée des frais d'adhésion des médecins en Ontario. Étant donné cette réponse de l'Association canadienne de protection médicale, le risque de conflit d'intérêts du Ministère semble faible, et aucune autre mesure n'est requise.</p>