

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

# **COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

## **FACTURES DES MÉDECINS**

(RAPPORT ANNUEL 2016 DU BUREAU DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DE  
L'ONTARIO, SECTION 3.11)

2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature  
67 Elizabeth II

ISBN 978-1-4868-1079-6 (Imprimé)  
ISBN 978-1-4868-1081-9 [Anglais] (PDF)  
ISBN 978-1-4868-1083-3 [Français] (PDF)  
ISBN 978-1-4868-1080-2 [Anglais] (HTML)  
ISBN 978-1-4868-1082-6 [Français] (HTML)

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

L'honorable Dave Levac  
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Ernie Hardeman

Queen's Park  
Février 2018

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

**COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**  
**LISTE DES MEMBRES**

2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature

ERNIE HARDEMAN  
Président

LISA MACLEOD  
Vice-présidente

BOB DELANEY

PERCY HATFIELD

VIC DHILLON

RANDY HILLIER

HAN DONG

MONTE KWINTER

JOHN FRASER

---

KATCH KOCH  
Greffier du comité

IAN MORRIS  
Recherchiste

---

**TABLE DES MATIÈRES**

PRÉAMBULE	1
REMERCIEMENTS	1
CONTEXTE	1
OBJECTIFS ET PORTÉE DE L'AUDIT	2
FAITS SAILLANTS DE L'AUDIT	3
PROBLÈMES SOULEVÉS DANS LE CADRE DE L'AUDIT ET AUPRÈS DU COMITÉ	4
Modèles de paiement par capitation	4
Continuité des soins primaires	5
Utilisation des services d'urgence pour des soins non urgents	6
Variations dans les paiements aux médecins	8
Mise en œuvre des modèles de paiement par capitation	8
Surveillance des paiements à l'acte	9
Gestion des services de soins de santé facturés selon le modèle de paiement à l'acte	10
Facturation des services d'échocardiographie	10
Coûts de l'assurance responsabilité médicale	11
Frais de justice des médecins lors d'enquêtes sur la facturation	12
LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	13



## **PRÉAMBULE**

Le 29 mars 2017, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu des audiences publiques concernant l'audit des factures des médecins, présenté à la section 3.11 du Rapport annuel 2016 du Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (la vérificatrice). De hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont participé à ces audiences. (Pour consulter les travaux du Comité, voir le Journal des débats du Comité en date du 29 mars 2017.)

Le Comité avalise les observations et les recommandations de la vérificatrice générale, et présente ses propres constats, points de vue et recommandations dans le présent rapport. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est prié de donner suite à ces recommandations par écrit au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire.

## **REMERCIEMENTS**

Le Comité permanent des comptes publics souhaite remercier les représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour leur présence aux audiences. Le Comité souhaite également souligner la contribution du Bureau de la vérificatrice générale, du greffier du Comité et du personnel du Service de recherche de l'Assemblée législative aux audiences et à la rédaction du présent rapport.

## **CONTEXTE**

Au 31 mars 2016, quelque 30 200 médecins (soit 16 100 spécialistes et 14 100 médecins de famille) offraient des services de santé à plus de 13 millions de résidents en Ontario, au coût de 11,59 milliards de dollars pour l'exercice 2015-2016. Il s'agit d'une hausse de 20 % par rapport à la somme de 9,64 milliards de dollars versée aux médecins en 2009-2010. En 2014-2015, 28 100 médecins ont facturé leurs services à l'acte pour une somme totale versée de 6,38 milliards de dollars. Cette somme représente une hausse de près de 20 % par rapport à l'exercice 2009-2010 (24 200 médecins facturant leurs services à l'acte pour une somme totale de 5,33 milliards de dollars), principalement attribuable au nombre accru de médecins qui ont utilisé ce mode de facturation.

Les médecins sont des fournisseurs de services indépendants et non des employés de l'État. Ils facturent leurs services à la province au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario, établie en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est responsable d'établir des politiques et des modèles de paiement pour la rémunération équitable des médecins, tout en veillant à la rentabilité. Avec un budget annuel de l'ordre de 27,9 millions de dollars et quelque 260 employés répartis dans différentes divisions, le Ministère administre les paiements faits aux médecins et vérifie le bien-fondé des factures. La Division des négociations et de

la gestion de la responsabilisation joue un rôle de premier plan dans la surveillance de ce processus de facturation.

Les médecins de l'Ontario peuvent facturer leurs services selon trois grands modèles (sans compter le modèle des médecins salariés) :

- **Paiement à l'acte** – 6,33 milliards de dollars pour l'exercice 2015-2016. Les médecins touchent des honoraires normalisés pour chaque service qu'ils fournissent. Ils facturent leurs services selon les codes d'acte figurant dans la liste des prestations de l'Assurance-santé de l'Ontario. Ce modèle est le principal mécanisme de facturation utilisé par les médecins depuis 1972. Il est toujours largement utilisé aujourd'hui, notamment par les spécialistes.
- **Paiement par capitation** – 3,38 milliards de dollars pour l'exercice 2015-2016. Les médecins formant des groupes de pratique, comme des organismes de santé familiale et des groupes de santé familiale, sont rémunérés selon leur nombre de patients inscrits et pour un éventail de services prédéterminés. L'objectif est de permettre aux médecins de famille d'offrir à leurs patients des soins continus et complets. La rémunération peut aussi comprendre des primes, des incitatifs et d'autres paiements pour le travail supplémentaire, y compris des paiements à l'acte pour des services qui ne font pas partie de l'éventail de services offerts. Ce modèle est généralement plus avantageux pour les médecins de famille que le celui de paiement à l'acte. Au 31 mars 2016, 8 800 médecins de famille sur 14 100 avaient opté pour l'un des modèles de paiement par capitation (les organismes de santé familiale et les groupes de santé familiale accueillent 92 % du nombre total de patients inscrits).
- **Autres plans de paiement** – 1,88 milliard de dollars pour l'exercice 2015-2016. Les médecins choisissent d'autres plans de paiement et concluent des contrats avec les hôpitaux et les groupes de médecins pour la prestation de services particuliers, dont la formation des médecins, la recherche, les soins d'urgence et autres soins hospitaliers, et le travail dans les régions éloignées.

## **OBJECTIFS ET PORTÉE DE L'AUDIT**

L'audit avait pour objectif de déterminer si le Ministère avait mis en place des systèmes et procédures efficaces pour :

- s'assurer que les sommes versées aux médecins et recouvrées auprès d'eux sont exactes et conformes aux lois, règlements et accords en vigueur;
- évaluer la mesure dans laquelle les modes de rémunération des médecins répondent aux besoins des Ontariens, et en faire rapport.



Le travail sur le terrain a été effectué entre octobre 2015 et mai 2016. Le travail d'audit a été effectué principalement aux bureaux de la Division des négociations et de la gestion de la responsabilisation du Ministère à Kingston et à Toronto. Dans le cadre de l'audit, la vérificatrice a examiné les documents pertinents, analysé l'information, interviewé le personnel compétent du Ministère et examiné les études pertinentes menées en Ontario et dans d'autres provinces canadiennes, ainsi qu'ailleurs dans le monde. En général, l'examen des dossiers a porté sur les trois à cinq dernières années, mais certaines tendances sur dix ans ont également été analysées.

## **FAITS SAILLANTS DE L'AUDIT**

L'audit a démontré que les médecins de l'Ontario sont parmi les mieux payés au Canada depuis les cinq dernières années. Si cette situation s'explique en partie par le fait que le ratio de médecins par rapport à la population y est le troisième au Canada, il faut également souligner qu'en Ontario, par comparaison aux autres provinces, un plus grand nombre de médecins sont rémunérés selon des modèles tels que le modèle de paiement par capitation, qui est plus généreux que le modèle de paiement à l'acte. Au fil des ans, des incitatifs additionnels ont été versés aux médecins, même s'il a été établi que certains de ces paiements ne permettent vraisemblablement pas d'améliorer la qualité des soins.

La décision de l'Ontario de mettre en œuvre le modèle de paiement par capitation visait quatre objectifs : hausser la satisfaction des patients et des médecins; accroître la rentabilité; améliorer l'accès aux soins; et assurer la qualité et la continuité des soins. Il est à noter que les modèles de paiement par capitation n'ont toujours pas accru l'accès aux soins, tel qu'on le mesure selon le temps d'attente. En 2015-2016, 57 % des Ontariens ont attendu deux jours ou plus avant de voir leur médecin de famille, par rapport à 51 % en 2006-2007. D'après les données d'enquête du Ministère pour la période d'octobre 2014 à septembre 2015, environ 52 % des Ontariens ont éprouvé de la difficulté à obtenir des soins médicaux le soir, la fin de semaine ou les jours fériés sans avoir à se rendre aux services d'urgence.

L'examen des données du Ministère effectué par la vérificatrice indique qu'en 2014-2015, les médecins membres d'organismes de santé familiale travaillaient chacun en moyenne 3,4 jours par semaine, tandis que les médecins membres de groupes de santé familiale travaillaient chacun en moyenne quatre jours par semaine. En 2014-2015, 60 % des organismes de santé familiale et 36 % des groupes de santé familiale ne respectaient pas les heures d'ouverture exigées par le Ministère le soir et la fin de semaine. Selon le même examen, bon nombre de patients se rendent à des cliniques sans rendez-vous pour obtenir des soins que leur médecin de famille pourrait normalement leur fournir. Les données d'enquête du Ministère pour la période d'octobre 2014 à septembre 2015 montrent qu'environ 30 % des Ontariens s'étaient rendus à une clinique sans rendez-vous au cours des douze mois précédents.

Le Ministère éprouve également de la difficulté à gérer et à contrôler l'utilisation des services facturés selon le modèle de paiement à l'acte. Il est possible de réaliser des économies en encourageant les médecins à réduire le nombre de services médicalement inutiles sur la base de recherches cliniques, mais le

Ministère n'a pas eu beaucoup de succès à cet égard et a procédé, en 2015, à une réduction générale des paiements faits aux médecins. Cette stratégie est une façon peu durable de limiter les coûts, a noté la vérificatrice.

Une autre façon de gérer les coûts consiste à ajuster les taux de rémunération à l'acte en fonction des nouvelles pratiques cliniques, domaine que le Ministère doit continuer d'examiner. En outre, la vérificatrice a souligné que le processus de surveillance et de recouvrement du Ministère en ce qui a trait aux paiements à l'acte induit laisse à désirer et est miné par l'absence d'une fonction d'inspection et par l'application inefficace des mécanismes de recouvrement.

## **PROBLÈMES SOULEVÉS DANS LE CADRE DE L'AUDIT ET AUPRÈS DU COMITÉ**

Des problèmes importants ressortent de l'audit et des séances du Comité. Le Comité estime que les questions suivantes sont particulièrement préoccupantes.

### **Modèles de paiement par capitation**

La vérificatrice a recommandé au Ministère d'examiner les paiements par capitation de base et d'apporter tout ajustement nécessaire pour que les honoraires versés soient justifiés en fonction de l'éventail de services que les médecins fournissent réellement à leurs patients inscrits.

On a informé le Comité que le Ministère a commencé l'examen du taux de capitation actuel et des codes du barème des tarifs qui devraient être retirés de l'éventail des services compris dans le paiement par capitation et ceux qui devraient peut-être être retirés de l'éventail de services. Le Ministère prévoit terminer cet examen au 31 mars 2018. Il a également noté que des ajustements au taux de capitation nécessiteraient la collaboration de l'Association médicale de l'Ontario (AMO) lors des processus de négociation et de consultation de l'accord sur les droits de représentation de l'AMO, les négociations conjointes et le règlement des différends.

La vérificatrice a recommandé au Ministère de définir clairement des indicateurs pour mesurer la qualité des soins aux patients inscrits, d'établir des cibles que les modèles de paiement par capitation devraient atteindre au cours d'une période donnée et de recueillir et rendre publiques des données pertinentes et fiables pour surveiller et évaluer périodiquement si ces cibles sont atteintes ou près de l'être.

En réponse à cette recommandation, le Ministère a fait valoir que son travail avec Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a favorisé une meilleure compréhension du système de santé pour les patients et le public grâce au rapport annuel de QSSO, *À la hauteur*. Le Ministère a ajouté qu'il continuera d'établir avec QSSO les priorités en matière de mesure du rendement des soins primaires et de mettre en place des mécanismes de publication régulière et transparente de rapports publics.

La vérificatrice a également recommandé au Ministère de définir clairement le nombre minimal d'heures normales (y compris les exigences en matière de

disponibilité le soir et la fin de semaine) dans chaque contrat de paiement par capitation et veiller à ce que les exigences contractuelles soient respectées.

On a fait savoir au Comité que le Ministère a commencé l'examen des politiques et des contrats pour déterminer si les dispositions relatives à l'inscription suffisent à améliorer l'accès des patients inscrits. Le Ministère a déclaré qu'il mettra sur pied un programme pour déterminer si les médecins participant aux modèles de paiement par capitation respectent l'ensemble des exigences de disponibilité pendant et après les heures normales. Le Ministère prévoit finaliser ce programme pour le 1<sup>er</sup> octobre 2017 et l'appliquer le 1<sup>er</sup> avril 2018. Le Ministère veut créer un système de gestion du rendement pour les groupes ne respectant pas les exigences contractuelles, qui pourrait comprendre des sanctions pécuniaires. Le Ministère prévoit finaliser ce système pour le 1<sup>er</sup> octobre 2017 et l'appliquer le 1<sup>er</sup> avril 2018. Au moment de la rédaction du présent rapport, les négociations à ce sujet sont en cours.

Le Ministère a ajouté que, pour donner suite à ces recommandations, les dispositions des contrats devront être modifiées, notamment celles portant sur le nombre minimal d'heures normales et les conséquences du non-respect des exigences contractuelles. Pour ce faire, le Ministère devra engager avec l'AMO des processus de négociation et de consultation.

## **Continuité des soins primaires**

La vérificatrice a recommandé au Ministère d'examiner diverses options, comme l'échange obligatoire des dossiers des patients entre médecins, afin de mieux coordonner les soins aux patients.

Le Ministère a répondu qu'il examinait les options relatives à l'échange des données sur la santé des patients pour améliorer la coordination des soins fournis aux patients par plus d'un médecin. Cet examen devrait être terminé pour le 1<sup>er</sup> avril 2018. Dans le cadre de sa Stratégie des solutions numériques pour la santé, le Ministère a mis sur pied et appliqué plusieurs solutions numériques pour la santé afin d'aider les médecins à partager les dossiers et d'améliorer la coordination des soins. Nommons entre autres :

- les dorsales connectées de l'Ontario, des éléments clés de l'infrastructure numérique pour la santé grâce auxquels les cliniciens peuvent avoir accès à des renseignements fournis par les hôpitaux, les laboratoires et d'autres secteurs du système de santé (les dorsales sont conçues pour un jour permettre le transfert externe des données des services de soins primaires);
- le Système de gestion des rapports hospitaliers, qui permet des suivis cliniques rapides lorsqu'un patient reçoit son congé d'un hôpital en envoyant les rapports de congé directement au dossier médical électronique du médecin de premier recours;
- eNotification, qui envoie des alertes presque en temps réel aux cliniciens lorsque leurs patients intégrés se rendent dans une salle d'urgence, sont admis à un hôpital ou en reçoivent leur congé.

Le Ministère explore également d'autres options pour permettre l'échange de données entre les pratiques de soins primaires pour de meilleurs soins aux patients. Les principaux exemples sont, entre autres :

- élargir l'accès aux dorsales connectées pour qu'un plus grand nombre de médecins puissent obtenir les données fournies par leurs collègues, et diriger des solutions novatrices pour transférer des données en dehors des services de soins primaires;
- chercher des occasions de diffuser plus de renseignements grâce au Système de gestion des rapports hospitaliers, dont la possibilité d'inclure la continuité des soins en envoyant des rapports de cliniques sans rendez-vous aux fournisseurs de soins primaires quand les patients visitent une clinique offrant des services après les heures normales;
- augmenter l'échange de données entre les dossiers médicaux électroniques de soins primaires et les autres applications, y compris peut-être des applications de consommateurs, en examinant la possibilité d'utiliser des interfaces de programmation modernes ouvertes;
- explorer les possibilités et l'intérêt liés aux services régionaux partagés pour fournir des outils technologiques en matière de soins primaires, s'il y a lieu, ce qui permettrait aux patients d'avoir un dossier de santé de soins primaires régional accessible à tous les fournisseurs utilisant le système.

### **Recommandations du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
  - a) élargisse l'accès aux dorsales connectées à tous les fournisseurs de soins primaires;**
  - b) veille à ce que tous les fournisseurs de soins primaires reçoivent la formation nécessaire sur l'utilisation et la gestion des dorsales connectées;**
  - c) veille à ce que les données soient aussi accessibles en dehors des services de soins primaires grâce aux dorsales connectées;**
  - d) établisse des délais pour la mise en œuvre des recommandations ci-dessus.**

### **Utilisation des services d'urgence pour des soins non urgents**

La vérificatrice a recommandé au Ministère de déterminer si les services après les heures normales offerts par les médecins contractuels sont suffisants,

d'informer les patients des options de soins non urgents et d'examiner les pratiques exemplaires d'autres pays quant aux soins après les heures normales.

Dans une proposition faite à l'AMO en décembre 2016, la province s'est engagée à fournir un soutien supplémentaire aux médecins de famille et à travailler avec eux pour veiller à ce que les patients aient rapidement accès à leurs services. L'AMO et le Ministère se sont ensuite mis d'accord pour amorcer les négociations pour un processus contraignant de règlement des différends et une nouvelle Entente sur les services de médecin. Les changements proposés en décembre 2016 sont en suspens jusqu'à ce que ce processus soit terminé. Une aide supplémentaire aux médecins de famille pour fournir les soins adéquats après les heures normales selon les besoins de leurs patients inscrits pourrait être négociée dans le cadre d'une nouvelle Entente sur les services de médecin.

Les négociations pour cette entente sont en cours.

Le Ministère a ajouté qu'il examinait déjà les pratiques exemplaires d'autres administrations relatives aux questions ci-dessus et qu'il continuerait de le faire. Cet examen fait partie des processus d'élaboration des politiques du Ministère, car il s'agit d'une précieuse source d'information pour fonder les activités du Ministère sur les meilleures données possible.

Le Ministère a indiqué qu'il examinait la possibilité d'une campagne de sensibilisation à l'intention des patients pour valoriser l'importance de la continuité des soins et des consultations avec leur fournisseur régulier, et pour relever les désavantages des cliniques sans rendez-vous et des services d'urgence. Cette campagne suivrait la mise en œuvre et l'application des modifications des ententes de rémunération des médecins. Le Ministère a ajouté qu'il engagerait avec l'AMO le processus de négociation et de consultation de l'accord sur les droits de représentation, les négociations conjointes et le règlement des différends dans le but de renforcer les exigences relatives à l'accès et au transfert de renseignements.

## **Recommandations du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

### **2. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**

- a) crée et distribue des ressources éducatives à l'intention du public pour fournir des orientations et des renseignements sur les soins non urgents;**
- b) 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;**
- c) corriger, au besoin, et répéter 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.**

## **Variations dans les paiements aux médecins**

La vérificatrice a noté que le Ministère devrait obtenir des renseignements exacts sur les pratiques des médecins, y compris leur coût d'exploitation et leur marge de profit liée à la prestation des services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario.

On a informé le Comité que le Ministère n'était pas en mesure d'obtenir ces renseignements pour le moment. Le Ministère a ajouté qu'il avait commencé à examiner la possibilité d'obtenir des renseignements exacts sur les frais généraux pouvant être vérifiés de manière indépendante. Le Ministère a indiqué qu'il discuterait davantage avec l'AMO de cette recommandation.

Selon le Comité, il est important que le Ministère ait accès à des données fiables et que les négociations n'excluent pas la surveillance et la responsabilité.

### **Recommandations du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

#### **3. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**

- a) établisse des fourchettes de paiements moyens aux médecins selon la spécialité;**
- b) surveille régulièrement les dépassements de ces paiements moyens pour une spécialité, et qu'il en découvre les raisons;**
- c) obtienne des renseignements exacts sur les pratiques des médecins, y compris leurs coûts d'exploitation et leurs marges de profits.**

## **Mise en œuvre des modèles de paiement par capitation**

La vérificatrice a recommandé au Ministère de mettre en œuvre les recommandations découlant de son examen de principe de la prime d'accès et de restructurer cette prime pour éviter de payer des services en double.

On a fait savoir au Comité que le Ministère examine l'information que les patients et les médecins reçoivent au sujet des exigences d'inscription. Le Ministère a ajouté qu'il examine également la prime d'accès et qu'il déterminera s'il y a lieu d'apporter des changements à la somme retenue sur celle-ci. Le Ministère prévoit terminer l'examen de la sensibilisation des patients pour le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et la mise en place des changements recommandés le 1<sup>er</sup> avril 2018. L'examen des rapports reçus par les médecins au sujet de patients recevant des services en dehors du groupe devrait lui aussi être terminé le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et les changements recommandés, mis en place pour le 1<sup>er</sup> avril 2019. L'examen de la prime d'accès et de la nécessité de changements à la somme retenue devrait être terminé le 1<sup>er</sup> avril 2017. Le Ministère a ajouté que s'il veut donner suite à ces recommandations, les contrats devront être modifiés. Pour tout changement à la prime d'accès, le Ministère devra engager avec l'AMO des processus de négociation et de consultation.

La vérificatrice a recommandé au Ministère d'examiner ses politiques de paiement par capitation et de verser des paiements par capitation, des primes et des incitatifs seulement s'il est justifié de le faire, preuves à l'appui.

En réponse à cette recommandation, le Ministère a répété qu'il menait un examen du taux de capitation, dans le cadre duquel il évalue les services de base que fournissent aux patients les médecins qui touchent un paiement par capitation de base. Le Ministère prévoit terminer l'examen de la capitation de base le 1<sup>er</sup> avril 2018.

### **Surveillance des paiements à l'acte**

La vérificatrice a recommandé au Ministère d'établir, pour chaque spécialité, des normes et des lignes directrices fondées sur des données probantes afin que tous les tests et procédures administrés soient médicalement nécessaires, et de mieux sensibiliser les patients aux procédures courantes qui ne sont pas fondées sur des données probantes.

On a informé le Comité que QSSO a récemment lancé un programme sur les normes de qualité. Celui-ci vise à réduire les écarts constatés dans la pratique en Ontario et à accroître la qualité des soins grâce à des normes qui reflètent des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour des conditions précises ou des enjeux relatifs au système dans des établissements de soins de santé concernés. Les cliniciens s'appuient sur ces normes de qualité pour déterminer quels soins offrir selon des données probantes et un consensus d'experts. Ces normes comprennent des recommandations adaptées à l'évaluation, aux procédures diagnostiques et aux modalités de traitement, ainsi qu'un guide clair et concis pour aider les patients, les résidents, les familles et les fournisseurs de soins à savoir quelles exigences ils devraient avoir quant à leurs soins. Le but est de favoriser le dialogue entre les cliniciens et les patients, et de veiller à ce que l'information communiquée aux patients et aux fournisseurs de soins et échangée au sein de l'équipe de soins interprofessionnelle soit cohérente et exacte. Le programme se penche sur chaque norme dans l'optique d'amélioration de la qualité et cerne l'aide et les changements potentiels requis pour faciliter l'utilisation de ces normes. Dans certaines situations, il peut mettre au jour des possibilités de corriger la façon de payer pour les services dans la province.

QSSO soutient les efforts du programme Choisir avec soin, qui vise à aider les cliniciens et les patients à amorcer un dialogue au sujet des tests, des traitements et des procédures inutiles. Ce programme s'accorde aux objectifs visant des services de médecin et une facturation plus adéquats, car il met l'accent sur les soins appropriés et la réduction des tests inutiles pouvant entraîner des risques pour les patients. Choisir avec soin a établi plus de 180 listes de sujets sur lesquels les cliniciens et les patients devraient s'interroger pour nourrir le dialogue.

Le Ministère a ajouté que sa collaboration avec Choisir avec soin et son travail avec QSSO dans le cadre du programme sur les normes de qualité continueraient. Il a noté que les normes établies pour les services de médecin guideront les décisions sur le financement.

La vérificatrice a recommandé que le Ministère renforce la surveillance des paiements à l'acte faits aux médecins en mettant en œuvre des mesures comme le rétablissement de la fonction d'inspecteur, la surveillance de la facturation et l'établissement d'un mécanisme de recouvrement du trop-perçu.

Le Ministère a répondu avoir établi un plan visant à augmenter, coordonner et réaligner les ressources en personnel pour surveiller les paiements aux médecins. Il examine également les possibilités d'investissement dans des outils d'information et de technologie de l'information pour surveiller les paiements aux médecins et analyser les données. Le Ministère a précisé qu'il évaluait les coûts et les avantages liés à la modification du processus d'examen de la facturation à l'acte et au rétablissement de la fonction d'inspecteur, et la faisabilité de telles mesures. Le Ministère prévoit terminer les changements de personnel à la fin de l'été ou de l'automne 2017 et avoir entamé la mise en œuvre des investissements en information et en technologie de l'information à l'automne 2017. Enfin, le Ministère a indiqué qu'il revoit les processus internes pour les rendre plus simples et efficaces.

Selon le Comité, une surveillance soutenue des paiements aux médecins est nécessaire, et le Ministère devrait disposer de meilleurs moyens pour surveiller les paiements et recouvrer les fonds publics en cas de facturation inappropriée.

#### **Recommandations du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
  - a) établisse des fourchettes officielles pour communiquer au public les résultats des paiements faits aux médecins;**
  - b) surveille régulièrement l'exactitude de la facturation des médecins et la compare aux fourchettes;**
  - c) veille à ce que les paiements erronés soient recouverts rapidement.**

#### **Gestion des services de soins de santé facturés selon le modèle de paiement à l'acte**

La vérificatrice a recommandé au Ministère de rétablir le Comité de paiement des services médicaux pour l'examen périodique des honoraires des médecins et l'évaluation de l'incidence des progrès technologiques sur la durée des traitements.

Le Ministère a informé le Comité qu'il avait invité l'AMO à discuter de l'examen de la liste des prestations en décembre 2016. Il se dit ouvert au rétablissement du Comité de paiement des services médicaux pour la révision de la liste des prestations pour les services de médecin et a ajouté que des discussions avec l'AMO étaient nécessaires.

#### **Facturation des services d'échocardiographie**



La vérificatrice a recommandé au Ministère de collaborer avec l'Ontario Association of Cardiologists et le Réseau ontarien de soins cardiaques pour évaluer l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie, de surveiller l'utilisation des services d'échographie cardiaque dans les installations, et de recouvrer la somme de 3,2 millions de dollars versée en trop aux médecins par suite de la facturation erronée de tests de mesure de rythme cardiaque.

Le Ministère a informé le Comité que le programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie avait été mis sur pied pour aider les installations offrant ces services à répondre aux normes de pratiques exemplaires relatives à la qualité et aux soins. Le Ministère a ajouté que ce programme pouvait aussi servir à décourager l'usage inapproprié de services d'échographie cardiaque, car les installations inscrites ne peuvent pas soumettre des demandes pour ces services.

Le Ministère a expliqué que le Réseau ontarien de soins cardiaques (ROSC) fait l'évaluation de la qualité dans les installations d'échocardiographie depuis l'automne 2016. Il a ajouté que les installations agréées facturant des services d'échographie cardiaque en Ontario répondraient aux normes provinciales de qualité. Le ROSC a mis en œuvre des protocoles pour le maintien de la qualité entre les évaluations, qui ont lieu tous les trois ans. Il a également une stratégie de communication pour faire connaître les changements apportés aux normes et aux pratiques du programme d'amélioration de la qualité des services d'échocardiographie. Des renseignements au sujet des pratiques exemplaires et des normes attendues pour obtenir un agrément ont été fournis aux installations inscrites. Les mises à jour concernant le processus d'agrément et les pratiques exemplaires sont envoyées par courriel et publiées sur le site Web du ROSC. En janvier 2017, 1 009 installations d'échocardiographie en Ontario étaient inscrites pour une évaluation d'agrément.

Le Ministère a également affirmé que le ROSC continuerait de travailler avec les installations inscrites pour planifier les évaluations. Il a ajouté qu'il examinait ses options en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* pour déterminer la marche à suivre appropriée concernant la recommandation de recouvrer 3,2 millions de dollars en trop-perçu des médecins.

### **Coûts de l'assurance responsabilité médicale**

La vérificatrice a noté que le Ministère devrait travailler avec l'Association canadienne de protection médicale et l'AMO pour examiner les recommandations du rapport du consultant tiers au sujet des coûts de l'assurance responsabilité médicale, et prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire le fardeau des coûts pour les contribuables qui en découle.

Le Ministère a informé le Comité qu'il a demandé à l'ancien juge Stephen Goudge de mener l'évaluation et de fournir un rapport avec ses recommandations au Ministère pour examen. Le Ministère prévoit examiner les recommandations dès la réception du rapport, prévue au plus tard à l'été 2017.

### **Recommandations du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

**5. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**

- a) examine les recommandations de l'évaluation du consultant tiers et fournisse au Comité des délais correspondants pour les dates de mise en œuvre prévues;**
- b) fournisse au Comité les raisons expliquant le choix de ne pas mettre en œuvre certaines recommandations, s'il y a lieu;**
- c) fournisse au Comité une copie du rapport du consultant tiers.**

**Frais de justice des médecins lors d'enquêtes sur la facturation**

La vérificatrice a recommandé au Ministère de travailler avec l'Association canadienne de protection médicale et l'AMO pour que les fonds publics ne servent pas à rembourser les médecins dans le cadre des enquêtes du Ministère sur la facturation.

Le Ministère a répondu qu'il examinera cette question en plus des recommandations fournies dans le rapport du juge Goudge. Il a ajouté qu'il prévoit analyser les enquêtes de facturation pour savoir si les fonds publics servent à rembourser aux médecins les frais d'adhésion à l'Association canadienne de protection médicale liés à l'assistance que celle-ci offre dans le contexte d'une enquête sur la facturation. Au besoin, un plan pour veiller à ce que les fonds publics ne soient pas utilisés ainsi sera mis sur pied.

**Recommandation du Comité**

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 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 œuvre des changements.**

---

## **LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ**

**Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :**

- 1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
  - a) élargisse l'accès aux dorsales connectées à tous les fournisseurs de soins primaires;**
  - b) veille à ce que tous les fournisseurs de soins primaires reçoivent la formation nécessaire sur l'utilisation et la gestion des dorsales connectées;**
  - c) veille à ce que les données soient aussi accessibles en dehors des services de soins primaires grâce aux dorsales connectées;**
  - d) établisse des délais pour la mise en œuvre des recommandations ci-dessus.**
  
- 2. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
  - a) crée et distribue des ressources éducatives à l'intention du public pour fournir des orientations et des renseignements sur les soins non urgents;**
  - b) 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;**
  - c) corriger, au besoin, et répéter 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.**
  
- 3. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
  - a) établisse des fourchettes de paiements moyens aux médecins selon la spécialité;**
  - b) surveille régulièrement les dépassements de ces paiements moyens pour une spécialité, et qu'il en découvre les raisons;**
  - c) obtienne des renseignements exacts sur les pratiques des médecins, y compris leurs coûts d'exploitation et leurs marges de profits.**
  
- 4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
  - a) établisse des fourchettes officielles pour communiquer au public les résultats des paiements faits aux médecins;**

- b) **surveille régulièrement l'exactitude de la facturation des médecins et la compare aux fourchettes;**
  - c) **veille à ce que les paiements erronés soient recouverts rapidement.**
- 5. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
- a) **examine les recommandations de l'évaluation du consultant tiers et fournisse au Comité des délais correspondants pour les dates de mise en œuvre prévues;**
  - b) **fournisse au Comité les raisons expliquant le choix de ne pas mettre en œuvre certaines recommandations, s'il y a lieu;**
  - c) **fournisse au Comité une copie du rapport du consultant tiers.**
- 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 œuvre des changements.**