



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016

Vérification de l'optimisation des ressources
Automne 2015

Rémunération des médecins : administration et contrôle

Régie de l'assurance maladie du Québec

CHAPITRE

3

Faits saillants

Objectif des travaux

Le Québec compte près de 21 000 médecins rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cette rémunération est versée conformément aux ententes de rémunération.

La RAMQ a la responsabilité d'exercer des activités de contrôle et de surveillance relativement aux paiements effectués, afin de déceler des erreurs de facturation ou des cas potentiels de fraude, et, s'il y a lieu, de récupérer les sommes versées en trop.

La RAMQ doit également mettre en place des mesures d'évaluation de son efficacité et de sa performance, y compris l'étalonnage avec des organisations similaires.

Notre vérification avait pour objectif de nous assurer que la RAMQ administre de façon efficace et efficiente la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes de même que les mesures incitatives qui y sont associées.

Le rapport entier est disponible au www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins.

La RAMQ ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins, alors que celle-ci représente 62% de ses dépenses de programmes. Cela a des conséquences sur la culture de l'organisation et, de ce fait, sur l'ensemble des mécanismes de contrôle et des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance qui sont mis en place.

La RAMQ n'applique pas tous les contrôles a posteriori nécessaires, ce qui ne lui permet pas d'avoir l'assurance raisonnable que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes. La RAMQ exerce également des contrôles a priori, principalement de nature informatique, afin de vérifier l'information inscrite sur les demandes de paiement en fonction des modalités prévues dans les ententes. Cependant, ces contrôles a priori ne sont pas suffisants à eux seuls pour assurer la conformité des paiements, principalement parce qu'ils ne permettent pas d'apprécier l'adéquation entre l'acte facturé et les services rendus.

Les différentes unités administratives participant au processus de contrôle a posteriori ne sont pas encadrées de manière à s'assurer qu'elles interviennent de façon structurée et complémentaire afin de maximiser l'efficacité de leurs interventions. La RAMQ n'a pas déterminé clairement les risques liés à la rémunération, les contrôles nécessaires à cet égard et les responsabilités des intervenants exerçant ces contrôles. De plus, aucun coordonnateur n'est nommé pour assurer une gestion globale et optimale de ces contrôles.

Le processus d'analyse de la facturation n'est pas pleinement efficace. Les dossiers présentant le plus grand risque de non-conformité aux ententes de rémunération ne sont pas forcément sélectionnés.

La portée des contrôles a posteriori est trop restreinte, ce qui ne permet pas à la RAMQ d'avoir l'assurance nécessaire que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes pour tous les modes de rémunération. Certains modes de rémunération et certaines mesures incitatives sont peu ou pas contrôlés a posteriori. En 2014, parmi 17 542 médecins, 2% ont fait l'objet d'une analyse de leur facturation, et ce, généralement pour un seul code d'acte.

Les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portent pas sur le contrôle exercé à l'égard de la rémunération des médecins. De plus, l'étalonnage qu'elle a réalisé nécessite des améliorations afin que cet exercice atteigne le niveau d'utilité recherché.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires de l'entité vérifiée.

Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations à la Régie

- 1 Revoir son processus de gestion des risques afin de considérer davantage ceux relatifs aux erreurs de facturation et aux fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes.**
 - 2 Mettre en œuvre un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles afin de mieux encadrer les contrôles a posteriori, notamment :**
 - prioriser les médecins devant faire l'objet d'un examen de leur facturation ;
 - convenir de la nature de l'intervention du médecin-conseil de façon à maximiser son utilité ;
 - adapter la méthode d'échantillonnage des dossiers en fonction des risques, de la charge de travail qui en découle ainsi que de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription.
 - 3 Revoir le processus d'analyse de la facturation afin qu'il joue pleinement son rôle.**
 - 4 Revoir la portée des contrôles a posteriori pour tous les modes de rémunération afin de s'assurer que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes.**
 - 5 Améliorer ses mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et poursuivre sa démarche d'étalonnage avec des organisations similaires, notamment pour mieux englober le volet de sa mission portant sur la rémunération des médecins.**
-

Table des matières

1 Mise en contexte	6
2 Résultats de la vérification	9
2.1 Gestion des risques	9
Recommandation	
2.2 Mécanismes de contrôle	10
Encadrement des interventions	
Processus d'analyse de la facturation	
Portée des contrôles a posteriori	
Recommandations	
2.3 Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et étalonnage	23
Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance	
Étalonnage	
Recommandation	
Commentaires de l'entité vérifiée	26
Annexes et sigles	29

Équipe

Martin St-Louis
Directeur de vérification

Dominic Bourque
Maud Déry
Josée Levasseur
Étienne Piedboeuf

Les erreurs de facturation sont généralement liées à l'application non conforme de l'entente de rémunération. Par exemple, elles peuvent être dues à une interprétation différente des modalités de rémunération entre le médecin et la RAMQ.

1 Mise en contexte

1 Le Québec compte près de 21 000 médecins omnipraticiens et spécialistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Leur rémunération est versée en vertu d'ententes négociées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les représentants de leur fédération médicale, soit la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

2 La RAMQ est responsable de rémunérer les médecins conformément aux modalités convenues dans les ententes de rémunération. Elle doit également exercer des activités de contrôle et de surveillance relativement aux paiements effectués. Celles-ci visent à déceler des **erreurs de facturation** ou des cas potentiels de fraude, comme des services non rendus ou faussement décrits, et, s'il y a lieu, à récupérer les sommes versées en trop.

3 Au cours de l'année 2013-2014, la RAMQ a versé aux médecins près de 6,3 milliards de dollars (tableau 1).

Tableau 1 Rémunération versée en 2013-2014

	En millions de dollars ¹	Nombre de médecins ²
Médecins spécialistes	3 986	11 053
Médecins omnipraticiens	2 295	9 830
Total	6 281	20 883

1. Est notamment incluse la rémunération versée aux médecins travaillant pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales.

2. Il s'agit des médecins ayant le droit de facturer des services rendus à la RAMQ au 31 mars 2014.

Source : RAMQ.

4 Différents modes de rémunération peuvent être utilisés mais, de façon générale, c'est la rémunération à l'acte qui s'applique. Ainsi, sur la base des services rendus aux personnes assurées, une somme est versée aux médecins pour chaque acte médical accompli. La facturation en fonction de l'acte représente 62 % (3,9 milliards de dollars) de l'ensemble des sommes payées aux médecins. Les autres modes de rémunération sont, notamment, la rémunération mixte ainsi que le salaire et les honoraires. L'annexe 2 présente les différents modes de rémunération ayant cours au Québec et les dépenses qui y sont associées pour l'année 2013-2014.

5 En janvier 2014, la rémunération à l'acte se rapportait à plus de 11 000 codes d'actes médicaux distincts associés à un tarif. Afin d'avoir droit à une rémunération pour les actes médicaux qu'il a effectués, le médecin doit adresser une demande de paiement à la RAMQ pour chaque personne assurée rencontrée en indiquant le ou les codes d'acte concernés. En 2013-2014, ce sont plus de 55 millions de demandes de paiement qui ont été traitées par la RAMQ. Un médecin rémunéré à l'acte peut facturer lui-même ses services ou mandater

une **agence de facturation** ou toute autre personne (par exemple, la secrétaire du cabinet où il exerce) pour qu'elle prépare ses demandes et les soumette en son nom. Toutefois, le médecin demeure responsable de l'exactitude des renseignements fournis.

La RAMQ répertorie plus de 160 agences de facturation privées au Québec. Environ 35% des médecins y ont recours.

6 Principalement au cours des 10 dernières années, des mesures incitatives se sont ajoutées à la rémunération des médecins afin d'encourager certains comportements ou de compenser financièrement certaines activités, telles que celles de nature administrative. Ainsi, un médecin peut être rémunéré différemment selon plusieurs variables qui modifient à la hausse le montant de sa rémunération. Par exemple, une rémunération supplémentaire pourra être accordée en fonction du type de clientèle prise en charge par le médecin, de son milieu de pratique, de la région où il exerce, de sa plage horaire de travail ou encore du nombre de jours travaillés au cours d'une année.

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance

7 La RAMQ est assujettie à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. Cette dernière a pour objet d'établir des principes de gouvernance d'entreprise afin de renforcer la gestion des sociétés d'État en visant à la fois l'efficacité, la transparence et l'imputabilité de leur direction. Elle prévoit notamment que le conseil d'administration adopte des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, y compris l'étalonnage avec des organisations similaires. Afin que la RAMQ réponde adéquatement à cette obligation, les mesures d'évaluation et l'étalonnage doivent notamment prendre en compte les activités liées à la rémunération des médecins puisque celles-ci représentent une part importante (62%) des dépenses de programmes de la RAMQ.

Rôles et responsabilités

8 Voici les rôles et les responsabilités de la RAMQ au regard de la rémunération des médecins ainsi que des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance :

- rémunérer les médecins soumis à l'application d'une entente pour un service assuré qu'ils ont eux-mêmes fourni à une personne assurée ;
- contrôler la rémunération versée aux médecins :
 - en vérifiant périodiquement, par voie d'échantillonnage, si les services assurés dont elle a assumé le coût ont été effectivement rendus ;
 - en enquêtant sur toute matière de sa compétence ;
 - en récupérant d'un médecin toute somme ou toute valeur de l'avantage reçu qui contrevient à l'application d'une entente ;
- conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et le saisir de tout problème ou de toute question qu'elle juge de nature à nécessiter une étude ou une action ;

- divulguer au ministre les renseignements nécessaires à la négociation et à l'application des ententes de rémunération, à la gestion de l'effectif qui y est soumis, au suivi du coût des mesures qui y sont prévues et au suivi budgétaire des sommes versées par la Régie ;
- adopter des mesures d'évaluation de son efficacité et de sa performance et faire état, dans son rapport annuel, des résultats de l'application de ces mesures.

⁹ La présente vérification a été effectuée auprès de la RAMQ. L'objectif de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

10 Les travaux se sont articulés autour de trois axes. D'abord, nous avons examiné de quelle manière la RAMQ gère les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins. Ensuite, nous nous sommes penchés sur les mécanismes de contrôle mis en place pour atténuer ces risques. Enfin, nous avons apprécié les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance associées à la rémunération des médecins, lesquelles font l'objet d'un suivi de la part de la RAMQ.

2.1 Gestion des risques

11 La *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* prévoit notamment la mise en place d'un processus de gestion des risques. De plus, la *Politique générale de gestion intégrée des risques* de la RAMQ précise entre autres que chacune de ses vice-présidences, dont celle responsable de la rémunération des professionnels de la santé, doit assurer la maîtrise des risques afférents à son secteur.

12 À l'intérieur de son processus de gestion des risques, la RAMQ ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins.

13 La Régie a cerné ses risques majeurs. Toutefois, aucun ne concerne précisément la rémunération des médecins, alors que cette dernière activité représente 62 % des dépenses de programmes de la RAMQ. De plus, certains critères de risque démontrent l'importance de prendre en compte ce type de risques.

- La rémunération versée à près de 21 000 médecins s'élève à environ 6,3 milliards de dollars par année.
- La RAMQ traite plus de 55 millions de demandes de paiement par année.
- Les modalités d'application relatives à la rémunération des médecins sont complexes et comprennent plusieurs zones grises quant à leur interprétation (voir notamment la section Mécanismes de contrôle et la section Répercussions administratives des ententes de rémunération du chapitre 2 du présent tome). Ces zones grises, combinées à la présence d'agences se spécialisant dans la gestion de la facturation des médecins, augmentent le risque que cette facturation soit gonflée indûment.
- De façon ponctuelle, soit en 2008 et en 2011, la RAMQ a réalisé des **projets horizontaux** de vérification des services facturés par les médecins omnipraticiens et spécialistes. Elle a alors observé un nombre important d'**erreurs potentielles** de facturation.

Les projets qualifiés d'horizontaux consistent à analyser la conformité de la facturation grâce à des demandes de renseignements ciblées auprès d'un nombre important de médecins sélectionnés aléatoirement. Ils visent à dresser un portrait global des erreurs de facturation, à en dégager les tendances et à mettre en place des mesures préventives.

L'erreur est considérée comme potentielle puisque tous les mécanismes de vérification usuels n'ont pas été utilisés, notamment afin de permettre au médecin de fournir des renseignements supplémentaires.

14 Parmi les risques majeurs que la RAMQ a cernés, il y a celui de ne pas être en mesure de détecter, de contrôler et de corriger les tentatives de fraudes externes ou d'activités fautives ou abusives. Par contre, ce dernier risque concerne plus particulièrement l'accès à l'assurance maladie et à l'assurance médicaments des personnes qui ne devraient pas y avoir droit. Le risque majeur relatif aux médecins porte uniquement sur le non-respect des lois en matière de facturation des frais accessoires aux personnes assurées.

15 Le fait de ne pas considérer suffisamment les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins a des conséquences sur la culture de l'organisation et, de ce fait, sur l'ensemble des mécanismes de contrôle qui sont mis en place de même que sur la portée des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance.

Recommandation

16 La recommandation suivante s'adresse à la Régie.

- 1 Revoir son processus de gestion des risques afin de considérer davantage ceux relatifs aux erreurs de facturation et aux fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes.

2.2 Mécanismes de contrôle

17 La RAMQ est responsable de rémunérer les médecins conformément aux ententes convenues entre le MSSS et chacune des fédérations médicales. Pour ce faire, elle a mis en place différents contrôles. D'abord, elle exerce des contrôles a priori, principalement de nature informatique, afin de vérifier l'information inscrite sur les demandes de paiement en fonction des modalités de rémunération prévues dans les ententes. Ces contrôles permettent d'examiner des éléments précis, tels que l'admissibilité de la personne assurée et du médecin ayant effectué la demande de paiement ou encore le service qui a été rendu en fonction notamment de l'historique médical du patient, de la pratique du médecin et de l'endroit où l'acte a été accompli. Des contrôles de surveillance sont également effectués afin de s'assurer que les **règles d'exclusion ou de limitation** prévues dans les ententes sont respectées. Toutefois, les contrôles a priori ne sont pas suffisants à eux seuls pour assurer la conformité des paiements aux ententes de rémunération.

Les règles d'exclusion ou de limitation, telles que le nombre de jours de formation auquel le médecin a droit au cours d'une année, sont précisées dans les ententes de rémunération.

18 C'est pourquoi la RAMQ exerce des **contrôles a posteriori**, notamment parce que l'examen de dossiers cliniques est requis pour apprécier l'adéquation entre l'acte facturé et les services rendus. Les contrôles a posteriori sont également nécessaires pour les raisons suivantes :

- Le processus de rémunération est basé sur les renseignements que le médecin inscrit sur sa demande de paiement uniquement et il ne doit pas en fournir d'autres pour appuyer celle-ci.
- Les contrôles a priori ne peuvent déceler certaines erreurs de facturation, comme les problèmes liés à une incompréhension des modalités de rémunération, les services faussement décrits et les services non rendus ou non médicalement requis.
- Il existe plusieurs zones grises quant à l'interprétation des ententes de rémunération et aux critères qui doivent être respectés pour avoir droit à la rémunération. Par exemple, le médecin peut notamment :
 - recevoir une rémunération additionnelle en utilisant un code d'acte pour le soutien psychologique offert à la personne assurée lors de sa visite médicale ;
 - obtenir une bonification du tarif d'un acte si celui-ci est effectué lors d'une situation complexe ou d'une situation d'urgence ;
 - exiger le remboursement d'un examen en fonction de tarifs différents, selon qu'il est qualifié d'ordinaire, de complet ou de complet majeur.

Les contrôles a posteriori consistent principalement à réaliser des enquêtes ou des analyses quant à la facturation des médecins afin de repérer ceux qui ont des profils de facturation atypiques et de procéder à des actions correctives ou à des récupérations financières, le cas échéant.

19 Nous nous sommes penchés principalement sur les contrôles a posteriori puisque ces derniers exigent plus de jugement et d'analyse lors de leur application. De plus, la RAMQ réalise actuellement une refonte importante du système informatique utilisé pour la rémunération à l'acte des professionnels de la santé. Cette refonte modifiera grandement les contrôles informatiques exercés a priori. De ce fait, nous n'avons pas réalisé de travaux afin de vérifier l'efficacité et l'efficience des contrôles a priori.

20 La RAMQ n'applique pas tous les contrôles a posteriori nécessaires, ce qui ne lui permet pas d'avoir l'assurance raisonnable que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes convenues entre le MSSS et les fédérations médicales.

21 Les lacunes que nous avons décelées portent sur trois éléments. D'abord, il y a un manque d'encadrement à l'égard des interventions effectuées par les unités administratives de la RAMQ exerçant des contrôles a posteriori. Ensuite, des problèmes ont été observés quant à l'efficacité de l'un de ces contrôles, soit l'analyse de la facturation des médecins. Enfin, la portée de l'ensemble des contrôles a posteriori réalisés par la RAMQ se révèle discutable.

Encadrement des interventions

22 Les contrôles a posteriori exercés par la RAMQ relativement à la rémunération des médecins sont principalement sous la responsabilité de deux unités administratives.

- Le Service de l'analyse de la facturation et des risques (SAFR) cherche, à l'aide de différents critères, à repérer les médecins dont la facturation pourrait ne pas être conforme aux ententes de rémunération. Les critères utilisés permettent principalement de repérer les médecins dont le profil de facturation s'écarte de la moyenne observée chez leurs confrères. Ce service peut demander des renseignements supplémentaires aux médecins rémunérés par la RAMQ. À ce moment, des médecins-conseils peuvent être mis à contribution pour analyser des dossiers cliniques ou fournir une expertise médicale quant à la pratique de certains médecins.
- La Direction des enquêtes, pour sa part, intervient principalement lorsqu'une fraude est soupçonnée, par exemple lorsque des services semblent faussement décrits par le médecin ou que la RAMQ suspecte la non-prestation des services facturés. Pour ce dernier élément, la Régie a le devoir, selon la *Loi sur l'assurance maladie*, de vérifier périodiquement, par échantillonnage auprès des personnes assurées, si les services dont elle a assumé le coût ont été effectivement rendus. Cette direction peut également examiner des dossiers cliniques et, pour ce faire, elle a recours aux services des médecins-conseils.

23 Lorsque les mécanismes de contrôle a posteriori aboutissent à la transmission d'une lettre de réclamation, la Direction des services juridiques peut être saisie du dossier afin de représenter la RAMQ ou de fournir des avis juridiques. Au bout du compte, c'est la Vice-présidence à la rémunération des professionnels, laquelle est responsable du programme de rémunération des médecins dont relève le SAFR, qui prend les décisions finales relativement aux mesures correctives à mettre en œuvre ou aux sommes à récupérer.

24 En 2012, ces trois unités administratives ont entrepris une démarche d'optimisation et de coordination de leurs activités selon la méthode de la gestion allégée ou « **lean management** ». Cette démarche a notamment permis la création d'un comité directeur des contrôles.

25 Malgré la démarche d'optimisation et de coordination entreprise, les différentes unités administratives participant au processus de contrôle a posteriori ne sont pas encadrées de manière à s'assurer qu'elles interviennent de façon structurée et complémentaire afin de maximiser l'efficacité de leurs interventions.

Le « lean management » est une démarche qui cherche à mettre à contribution l'ensemble des acteurs afin d'éliminer les activités qui n'ont pas de valeur ajoutée et qui réduisent l'efficacité et la performance d'une organisation ou d'un processus.

26 La RAMQ ne dispose pas d'un **plan organisationnel de gestion intégrée** des contrôles a posteriori portant sur la rémunération des médecins. Ce plan permettrait entre autres de déterminer clairement les risques liés à la rémunération, les contrôles nécessaires à cet égard et les responsabilités des intervenants exerçant ces contrôles. Un tel plan est essentiel pour assurer la performance et la cohérence des interventions de la RAMQ.

Un plan organisationnel de gestion intégrée permet d'établir une stratégie globale permettant d'avoir une plus grande assurance que tous les contrôles nécessaires sont exercés de manière optimale par la bonne unité administrative.

27 Par ailleurs, bien que plusieurs unités administratives participent au processus de contrôle a posteriori, aucun coordonnateur n'est nommé pour assurer une gestion globale et optimale de celui-ci et chapeauter le comité directeur des contrôles.

28 Les sous-sections qui suivent présentent certains éléments qui devraient notamment faire l'objet d'un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles a posteriori.

Priorisation des dossiers

29 Plusieurs sources d'information permettent de déceler une rémunération qui pourrait ne pas être conforme aux ententes, notamment l'information provenant d'une enquête ou de l'analyse de la facturation. Ces différentes sources génèrent une multitude de cas pour lesquels il existe un potentiel de non-conformité.

30 L'un des procédés utilisés pour vérifier la conformité de la facturation d'un médecin est l'analyse de dossiers cliniques. Pour ce faire, la RAMQ a généralement recours aux services de l'un des quatre médecins-conseils affectés à cette tâche. Le faible nombre de médecins-conseils disponibles limite cependant le volume de dossiers cliniques pouvant être analysés. Par conséquent, il importe de déterminer une stratégie permettant de bien sélectionner les dossiers présentant le plus grand potentiel de risques.

31 La RAMQ n'a pas déterminé les critères qui permettent de prioriser les dossiers les plus à risque devant faire l'objet de contrôles additionnels.

32 La pratique observée est de prioriser les dossiers d'enquête au détriment des dossiers dépistés à la suite de l'analyse de la facturation, et ce, sans qu'une analyse d'opportunité ou de risques appuie cette décision. Par conséquent, la RAMQ n'a pas l'assurance que les dossiers les plus problématiques, soit ceux qui impliquent notamment d'importantes sommes d'argent, sont retenus en priorité et qu'ils font l'objet de démarches additionnelles, telles que l'examen de dossiers cliniques.

33 Ainsi, des profils de facturation jugés potentiellement à risque à la suite de l'analyse de la facturation ne font l'objet d'aucune démarche. Voici des profils dépistés qui, même s'ils peuvent être conformes aux ententes, soulèvent des questionnements qui mériteraient d'être examinés plus à fond :

- médecins ayant plus de 4 000 patients inscrits, alors que la moyenne d'inscription par médecin est d'environ 1 200 patients ;
- médecins dont la rémunération augmente significativement (de 50 à 100 % en une année).
- médecins rencontrant jusqu'à 90 patients par jour.

Information communiquée au médecin-conseil

34 Étant donné que les contrôles a posteriori reposent en grande partie sur l'examen de dossiers cliniques et que plusieurs modalités de rémunération laissent place à l'interprétation, il importe de bien encadrer l'intervention du médecin-conseil.

35 La nature de l'intervention du médecin-conseil n'a pas fait l'objet d'une stratégie concertée renfermant des balises, de manière à maximiser l'utilité de celui-ci dans le processus de contrôle a posteriori.

36 Dans certains cas, lorsqu'une expertise médicale est requise, toute l'information colligée relative à la facturation analysée est fournie au médecin-conseil. Dans d'autres cas, une expertise est demandée uniquement sur les dossiers cliniques devant être examinés.

37 Au bout du compte, malgré la nature de son intervention, le médecin-conseil est de nouveau impliqué lors de la décision finale quant aux sommes à réclamer au médecin. Il est alors saisi de l'ensemble des renseignements relatifs à la facturation, tels que les commentaires et l'information supplémentaire fournis par le médecin. Dans plusieurs cas, ces renseignements l'amènent à revoir à la baisse les sommes considérées comme non conformes aux ententes. Notons que les efforts nécessaires à la révision du dossier, effectuée après la réception de ces nouveaux renseignements, ont un impact direct sur les délais de traitement et, par le fait même, sur les sommes qui doivent être réduites en raison du délai de prescription (voir la sous-section Période sur laquelle porte l'échantillon).

Méthodes d'échantillonnage des dossiers cliniques

38 Lorsque la RAMQ examine la facturation d'un médecin, elle peut analyser un échantillon de ses dossiers cliniques. Sur la base des résultats établis à partir de ces dossiers, les demandes de paiement non conformes sont extrapolées à l'ensemble de la facturation du médecin, ce qui permet de fixer le montant de la réclamation.

39 Le nombre de dossiers faisant partie de l'échantillon a donc un impact sur la marge d'erreur associée aux sommes ainsi extrapolées. Plus la marge d'erreur est importante, moins on peut avoir confiance que les résultats de l'échantillonnage sont proches de la réalité.

40 La RAMQ a recours à différentes méthodes d'échantillonnage des dossiers cliniques. Toutefois, le choix de l'une ou l'autre de ces méthodes n'est pas justifié en fonction des risques et de la charge de travail exigée pour l'examen de ces dossiers.

41 Dans certains cas, la RAMQ utilise un échantillon de 35 dossiers cliniques pour appuyer ses observations, alors que, dans d'autres cas, elle a recours à un échantillon de 90 à 100 dossiers cliniques. Elle ne fournit pas nécessairement de justification en fonction des risques, notamment ceux liés à la judiciarisation.

42 L'utilisation de différentes méthodes d'échantillonnage se répercute également sur la charge de travail des médecins-conseils, qui doivent consacrer davantage de temps à l'analyse de dossiers cliniques lorsque l'échantillon est plus important. Ces méthodes ont également un impact sur les sommes récupérées, étant donné que les marges d'erreur associées aux sommes qui ont fait l'objet d'une extrapolation ne sont pas les mêmes. Les sommes liées à ces marges d'erreur peuvent faire l'objet de négociation entre la RAMQ et le médecin et influencer à la baisse le montant de la réclamation.

Période sur laquelle porte l'échantillon

43 La *Loi sur l'assurance maladie* prévoit un délai de prescription de 36 mois. La RAMQ ne peut réclamer des sommes payées à un médecin au-delà de ce délai. Le délai de prescription débute dès que la RAMQ a effectué un versement d'argent. Ainsi, le délai relatif à la détection d'une facturation potentiellement non conforme et celui associé au traitement des dossiers ont un impact sur les sommes que la RAMQ peut réclamer : plus les délais s'allongent, moins celle-ci peut récupérer les sommes déjà payées.

44 Le médecin peut **renoncer au bénéfice du temps écoulé** afin de suspendre le délai de prescription. Cette renonciation n'est toutefois pas systématique. À titre comparatif, en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, le délai de prescription est automatiquement interrompu lorsque la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) met un bénéficiaire en demeure. Ainsi, le délai nécessaire au traitement et au règlement du dossier n'a pas d'impact sur les sommes en cause.

La renonciation au bénéfice du temps écoulé a pour effet que, durant la période désignée, aucun paiement versé au médecin visé ne pourra faire l'objet d'une prescription.

45 La période sur laquelle porte l'échantillon ne tient pas suffisamment compte de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription.

46 Parfois, la RAMQ établit son échantillon, à partir duquel seront extrapolées les sommes à réclamer, en tenant compte des paiements effectués au médecin au cours des 36 derniers mois. Étant donné que le traitement des dossiers faisant partie de l'échantillon prend un certain temps et que la RAMQ est soumise au délai de prescription de 36 mois, celle-ci ne pourra récupérer certaines sommes relatives aux paiements effectués au cours des mois les plus anciens. Le fait de ne pas tenir compte du délai de traitement pour déterminer la période à l'intérieur de laquelle l'échantillon sera sélectionné fait que certains des paiements analysés risquent fort d'être retirés du calcul du montant à récupérer en raison du délai de prescription. Les efforts investis pour analyser ces paiements sont alors faits en vain.

47 Lorsque des paiements versés au médecin doivent être retirés de l'échantillon de la RAMQ parce qu'ils deviennent antérieurs au délai de prescription, la robustesse de l'échantillon est affaiblie, ce qui a un impact additionnel sur les sommes pouvant être réclamées. Il s'avère donc important de déterminer la façon optimale de tenir compte du délai de prescription pour maximiser l'efficacité des efforts investis.

Impact du manque d'encadrement

Ces 35 dossiers ont été sélectionnés à partir d'un ensemble de 321 dossiers fermés au cours des années 2011-2012 à 2013-2014. Dans plus de 40 % de ces 321 dossiers, le montant initialement recommandé avait été réduit de 15 % ou plus.

Le montant initialement recommandé a été établi à la suite de l'analyse du dossier. Par exemple, ce montant est celui que recommande la Direction des enquêtes dans son rapport.

Le médecin est considéré comme un administré au sens de la *Loi sur la justice administrative*. La RAMQ doit donc prendre les mesures appropriées afin de s'assurer que le médecin a l'occasion de fournir les renseignements qui pourraient être utiles pour compléter son dossier. Dans les 35 dossiers vérifiés, les renseignements supplémentaires que les médecins ont fournis afin de contester la réclamation reçue étaient souvent de nature verbale ou auraient pu être divulgués antérieurement, soit lors du processus de contrôle a posteriori.

48 Plusieurs des éléments mentionnés ci-dessus ont un impact direct sur la capacité de la RAMQ à récupérer les sommes qu'elle juge avoir versées de manière non conforme aux ententes. À cet égard, pour **35 dossiers** que nous avons examinés, les sommes faisant l'objet d'une réclamation ont été réduites de 21 à 100 % par rapport au **montant initialement recommandé**. Une partie de la réduction peut être attribuable aux raisons suivantes :

- la réévaluation du dossier par le médecin-conseil, notamment à la suite de la réception de **renseignements supplémentaires** (60 % des dossiers) ;
- les faiblesses relatives aux éléments probants du dossier (29 % des dossiers) ;
- le délai de prescription (28 % des dossiers, dans lesquels les sommes ont été réduites de manière importante pour cette raison).

49 À titre d'illustration, voici un dossier dans lequel la réclamation initiale s'élevait à 337 000 dollars et qui a été réglée, au bout du compte, pour 100 000 dollars. Certains facteurs ont contribué à faire diminuer le montant récupérable. Par exemple, les lacunes relatives aux éléments probants du dossier, les renseignements supplémentaires transmis par le médecin visé de même que le délai de prescription ont eu un impact sur plusieurs des services analysés. Cela a eu pour conséquence de diminuer le montant de la réclamation, qui s'est établi à 122 000 dollars. Enfin, la RAMQ a accepté une offre de règlement de 100 000 dollars.

50 Un autre exemple concerne un dossier dans lequel la réclamation initiale de 106 000 dollars a été réglée pour 29 500 dollars. L'écart de 76 500 dollars s'explique entre autres par le délai de prescription, qui a réduit de 20 700 dollars le montant initialement réclamé, ce qui a porté celui-ci à 85 300 dollars.

Par la suite, le médecin visé a transmis des renseignements supplémentaires à la RAMQ. Le montant de la réclamation a ainsi été revu à la baisse et s'est établi à 33 700 dollars. Enfin, pour en arriver à un règlement, la RAMQ a diminué le montant de sa réclamation et l'a fixé à 29 500 dollars.

Processus d'analyse de la facturation

51 L'analyse de la facturation est l'un des principaux contrôles a posteriori exercés par la RAMQ. Ce contrôle vise, à l'aide de différents critères, à repérer les médecins dont la facturation risque de ne pas être conforme aux ententes de rémunération. D'année en année, la RAMQ n'a pas toujours recours aux mêmes critères pour effectuer cette analyse.

52 En 2014, elle a principalement utilisé huit critères afin d'exploiter les données relatives à la facturation des médecins. Par exemple, ces critères permettent de repérer les médecins spécialistes utilisant des codes d'acte qui ne sont pas liés à leur spécialité médicale ou les médecins qui rencontrent trois fois plus de personnes assurées dans une journée que la moyenne de leurs confrères.

53 Dans le cas où l'écart de facturation ne peut être expliqué, la RAMQ peut examiner certains des dossiers cliniques du médecin concerné ou effectuer une visite d'inspection. L'annexe 3 illustre le processus d'analyse de la facturation de la RAMQ, tandis que le tableau 2 présente le nombre de fois où la Régie a eu recours à ces activités de contrôle au cours des dernières années.

Tableau 2 Nombre d'activités de contrôle effectuées par la Régie

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Analyses de dossiers cliniques	117	141	100	80	86
Visites d'inspection ¹	28	40	40	9 ²	0
Total	145	181	140	89	86

1. La RAMQ a mis en place une unité d'inspection à vocation préventive et éducative, qui se consacre aux pratiques en matière de frais facturés aux personnes assurées. Les inspections réalisées par cette unité sont exclues.

2. La diminution du nombre de visites d'inspection est due au fait que la RAMQ a décidé de concentrer ses efforts sur l'analyse de dossiers cliniques sans se déplacer dans le milieu de pratique du médecin.

Source : RAMQ.

54 En raison de **ressources limitées** et de la diminution du nombre d'analyses de dossiers cliniques et de visites d'inspection, le processus d'analyse de la facturation doit être optimisé, et ce, afin que les meilleurs cas potentiels de non-conformité soient détectés et analysés. De plus, il importe que l'analyse de la facturation soit encadrée par un mécanisme d'assurance qualité.

55 Le processus d'analyse de la facturation mis en place par la RAMQ n'est pas pleinement efficace. Les dossiers présentant le plus grand risque de non-conformité aux ententes de rémunération ne sont pas forcément sélectionnés.

Les ressources de la RAMQ sont limitées puisque celle-ci ne dispose que de quatre médecins-conseils pour réaliser les travaux d'analyse de la facturation. Ces mêmes médecins sont également sollicités pour soutenir les enquêtes ou d'autres activités administratives.

56 Nous avons effectué des travaux de vérification portant sur le profil de facturation de 40 des 346 médecins concernés par les travaux d'analyse de la facturation de la RAMQ pour l'année 2014. Lorsque celle-ci examine la facturation d'un médecin, elle utilise de l'information pertinente pour vérifier s'il y a un risque réel que la facturation ne soit pas conforme aux ententes. Par exemple, dans certains cas, des renseignements sur la pratique médicale du médecin peuvent expliquer l'écart de facturation. Par contre, dans d'autres cas, il est impossible de conclure à une facturation conforme aux ententes sans faire l'examen de dossiers cliniques, sans vérifier auprès des personnes assurées si les services dont la RAMQ a assumé le coût ont été effectivement rendus ou sans transférer le dossier à la Direction des enquêtes. Or, aucune de ces actions n'a été faite.

57 Par ailleurs, afin de s'assurer que les services dont la RAMQ a assumé le coût ont réellement été rendus par le médecin, la Direction des enquêtes expédie plus de 30 000 lettres aux personnes assurées. Toutefois, les services vérifiés sont sélectionnés aléatoirement parmi plus de 55 millions de demandes de paiement et cela donne peu de résultats. En effet, de 2012 à 2015, 37 dossiers ouverts à la suite de cette vérification ont fait l'objet de travaux supplémentaires, dont 27 pour lesquels ces travaux sont terminés. Dans 6 de ces 27 dossiers, des sommes variant de 30 à 1 200 dollars ont été réclamées et, dans un dossier, la somme à récupérer s'est élevée à 50 000 dollars. Pourtant, l'analyse de la facturation effectuée par le SAFR, qui permet de repérer plusieurs profils de facturation à risque, aurait pu être utilisée afin de mieux cibler l'échantillon et d'y inclure les cas jugés plus à risque.

58 L'examen des 40 dossiers que nous avons vérifiés démontre aussi que plusieurs autres ajustements doivent être apportés afin d'optimiser le processus d'analyse de la facturation. Voici les principaux éléments que nous avons observés.

Absence de stratégie basée sur les risques permettant de prioriser les dossiers détectés

- Lors de l'analyse de la facturation, les médecins ayant un profil de facturation qui s'écarte de la moyenne sont traités les uns après les autres sans égard au fait qu'un même médecin peut avoir un écart de facturation relativement à plus d'un critère. Le recoupement de l'information permettrait de prendre en compte l'ensemble des risques de facturation non conforme, de favoriser une meilleure organisation du travail et d'éviter les dédoublements. À cet égard, l'un des 40 dossiers que nous avons vérifiés avait fait l'objet d'une analyse à deux reprises, par deux médecins-conseils différents.
- Seuls les premiers cas détectés (écarts importants) sont examinés, alors que les cas comportant le plus de risques d'erreur de facturation ont parfois des écarts de moindre importance. Par exemple, l'un des critères utilisés permet de repérer les médecins dont la rémunération a augmenté d'au moins 25 % par rapport à l'année précédente. En 2014, la RAMQ a repéré 354 médecins spécialistes dans cette situation et elle a effectué une analyse de la facturation des 11 médecins ayant eu les plus grosses augmentations. Il s'est avéré qu'il s'agissait de spécialités médicales pour lesquelles l'entente de rémunération prévoyait des augmentations salariales importantes, ce qui justifiait les augmentations observées. Cela n'était pas le cas de médecins figurant un peu plus bas sur la liste.
- Le nombre de profils de facturation examinés diffère d'un critère à l'autre sans égard à l'efficacité du critère. Par exemple, pour un critère, 2 % des profils de facturation détectés ont fait l'objet d'une analyse, alors que, pour un autre, 100 % des profils ont été analysés sans qu'il y ait une réelle justification relative à cette différence de traitement.

Manque d'adaptabilité des critères

- Les mêmes critères d'analyse de la facturation sont utilisés pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes, alors que les profils de facturation ne sont pas similaires. Par exemple, l'un des critères permet de repérer le médecin qui utilise un code d'acte deux fois plus souvent que celui se classant au deuxième rang. Bien que ce critère soit efficace pour analyser la facturation des médecins spécialistes, il n'a pas la même efficacité en ce qui concerne la facturation des médecins omnipraticiens. En effet, leur facturation est plus homogène en raison des services rendus, qui sont principalement liés à des examens auprès des patients.

Lacunes liées au mécanisme d'assurance qualité

- Il n'y a pas de critères formels ou de directives permettant d'encadrer la prise de décision basée sur le jugement professionnel et d'assurer une certaine uniformité de traitement. Par exemple, un mécanisme d'assurance qualité pourrait prévoir une rotation des dossiers soumis à chacun des médecins-conseils.
- Le processus d'analyse de la facturation comporte quatre étapes au cours desquelles un dossier détecté peut être rejeté sans récupération financière (voir l'annexe 3). Les dossiers rejetés à l'une de ces étapes le sont sans qu'un mécanisme d'assurance qualité puisse vérifier la justification de la décision prise.

Portée des contrôles a posteriori

La rémunération mixte comprend une compensation pour le temps travaillé (salaire ou honoraires), à laquelle s'ajoute un supplément d'honoraires ou une portion du tarif de l'acte qui est effectué.

59 Plusieurs modes de rémunération des médecins peuvent être utilisés, notamment la rémunération à l'acte, la **rémunération mixte** ou la rémunération selon le temps travaillé (salaire ou honoraires). De plus, différents forfaits ou suppléments peuvent être versés par l'intermédiaire de mesures incitatives. La RAMQ a la responsabilité d'effectuer des contrôles sur toutes ces formes de rémunération, et ce, en fonction des risques inhérents à chacune. Rappelons que nous n'avons pas réalisé de travaux afin de vérifier l'efficacité et l'efficience des contrôles a priori, qui peuvent aussi porter sur ces modes de rémunération, mais qui sont insuffisants à eux seuls pour contrôler la rémunération versée aux médecins.

60 La portée des contrôles a posteriori est trop restreinte, ce qui ne permet pas à la RAMQ d'avoir l'assurance nécessaire que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes, et ce, pour tous les modes de rémunération.

61 Premièrement, certains modes de rémunération et certaines mesures incitatives sont peu ou pas contrôlés a posteriori. Voici quelques exemples.

	Description de la situation	Enjeux administratifs
Rémunération mixte et rémunération selon le temps travaillé (salaire ou honoraires)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ces modes de rémunération sont tributaires du temps travaillé. Les médecins rémunérés par l'intermédiaire de ces modes travaillent généralement dans des établissements de santé. Cependant, c'est la RAMQ qui gère le budget et qui a la responsabilité de la rémunération de ces médecins. ■ La facturation en fonction de ces modes représente près de 30 % de la rémunération totale versée aux médecins. ■ Le nombre de médecins rémunérés selon ces modes est en croissance dans plusieurs provinces canadiennes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour l'ensemble des sommes versées aux médecins en fonction du temps travaillé, la RAMQ s'assure uniquement que le relevé indiquant le temps travaillé est signé par un représentant de l'établissement où le médecin a fourni le service. ■ La RAMQ ne vérifie pas si l'établissement a mis en place les contrôles nécessaires pour s'assurer de la conformité des relevés. ■ Cette façon de procéder accroît significativement le risque de fraude relativement aux heures de travail déclarées, d'autant plus que le budget relatif à cette dépense de rémunération ne relève pas de l'établissement où le service a été fourni.

	Description de la situation	Enjeux administratifs
Mesures incitatives	<ul style="list-style-type: none">■ Les mesures incitatives bonifient la rémunération du médecin puisque des sommes supplémentaires lui sont accordées, notamment pour la prise en charge et le suivi de patients.■ Plusieurs de ces mesures ne sont pas incluses dans le processus de rémunération à l'acte. Pour obtenir les forfaits ou les suppléments, le médecin transmet de l'information supplémentaire, soit à l'aide de la demande de paiement ou au moyen d'autres formulaires.	<ul style="list-style-type: none">■ Les contrôles a posteriori que la RAMQ effectue se rattachent principalement à la rémunération à l'acte. Peu de contrôles sont réalisés à l'égard des mesures incitatives.■ Il existe des risques importants que les sommes accordées par l'intermédiaire de mesures incitatives ne soient pas conformes, notamment celles relatives à l'inscription et à la prise en charge de patients ainsi qu'à l'efficience des omnipraticiens. Plus de 270 millions de dollars ont été versés au cours de l'année 2014 relativement à ces dernières mesures. De plus, certains médecins se démarquent largement de leurs confrères en ce qui a trait à ces mesures, notamment des médecins ayant plus de 4 000 patients inscrits pour lesquels ils reçoivent des forfaits annuels variant de 66 000 à 137 000 dollars ou encore des médecins pouvant obtenir jusqu'à 58 000 dollars pour leur pratique polyvalente.■ Lorsque la RAMQ récupère des sommes auprès de médecins, l'incidence de ces récupérations sur certaines mesures incitatives n'est pas considérée. Par exemple, la Régie ne récupère pas, s'il y a lieu, les sommes liées au supplément pour le nombre de jours travaillés, dont la base de calcul repose sur la rémunération totale versée au médecin (voir la sous-section Supplément pour le nombre de jours travaillés du chapitre 2 du présent tome).

La mesure incitative pour pratique polyvalente est une rémunération supplémentaire versée au médecin qui exerce en cabinet et en établissement.

62 Deuxièmement, lorsque la RAMQ effectue des travaux d'analyse de la facturation, ceux-ci portent sur peu de services facturés à la Régie. En 2014, parmi 17 542 médecins, 346 (2 %) ont fait l'objet d'une analyse de leur facturation, et ce, généralement pour un seul code d'acte. La portée de cette analyse s'avère donc faible si l'on considère que, au départ, 1 464 médecins avaient été repérés par l'un des outils de croisement de données. À cet égard, sur la base des données de facturation de 2012, la RAMQ a réalisé des travaux d'audit interne sur 16 cas détectés lors de l'analyse de la facturation et non traités. À la suite de ces travaux d'audit, elle a conclu à un problème potentiel de non-conformité du paiement pour 5 des 16 cas.

63 Troisièmement, les outils utilisés pour l'analyse de la facturation se concentrent sur les médecins dont le profil de facturation s'écarte de la moyenne observée chez leurs confrères. Par contre, une facturation non conforme ne s'écarte pas toujours de la facturation des autres médecins, notamment lorsque l'utilisation d'un code d'acte de façon inappropriée est largement répandue dans la pratique. Il est donc nécessaire que d'autres critères soient pris en compte.

64 À ce sujet, comme il a été mentionné précédemment, la RAMQ a mené à bien deux projets horizontaux de vérification en 2008 et en 2011 afin de dresser un portrait global des erreurs de facturation, d'en dégager les tendances et de mettre en place des mesures préventives, éducatives ou correctives, le cas échéant. Les travaux menés par la RAMQ ont démontré un taux d'erreurs potentielles de facturation élevé chez les médecins dont le profil de facturation ne s'écarte pas de la moyenne observée chez leurs confrères. Après avoir réalisé ces projets, la Régie a informé les fédérations médicales et les médecins concernés des erreurs qu'elle avait détectées. Toutefois, elle n'a pas apporté les modifications nécessaires à ses activités de contrôle a posteriori, ce qui ne lui permet pas de vérifier adéquatement les profils de facturation qui ne s'écartent pas de la moyenne.

Recommandations

65 Les recommandations suivantes s'adressent à la Régie.

- 2 Mettre en œuvre un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles afin de mieux encadrer les contrôles a posteriori, notamment :
 - prioriser les médecins devant faire l'objet d'un examen de leur facturation ;
 - convenir de la nature de l'intervention du médecin-conseil de façon à maximiser son utilité ;
 - adapter la méthode d'échantillonnage des dossiers en fonction des risques, de la charge de travail qui en découle ainsi que de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription.
- 3 Revoir le processus d'analyse de la facturation afin qu'il joue pleinement son rôle.
- 4 Revoir la portée des contrôles a posteriori pour tous les modes de rémunération afin de s'assurer que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes.

2.3 Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et étalonnage

66 Les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance d'une société doivent permettre d'apprécier tous les volets de sa mission. De plus, un mécanisme de suivi relatif à ces mesures doit permettre d'informer, en temps opportun, le conseil d'administration sur les résultats atteints. La RAMQ effectue principalement le suivi de sa performance en mettant en relation les résultats qu'elle a obtenus avec ses objectifs stratégiques et les engagements formulés dans sa **déclaration de services aux citoyens**. En vertu de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, la RAMQ doit également, tous les trois ans, mener à bien une démarche d'étalonnage avec des organisations similaires et présenter les résultats dans son rapport annuel.

La *Déclaration de services aux citoyens* de la RAMQ contient ses engagements en matière de services ainsi qu'envers les personnes assurées, les professionnels de la santé et les dispensateurs de services.

67 Les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portent pas suffisamment sur la rémunération des médecins. De plus, l'étalonnage qu'elle a réalisé nécessite des améliorations afin que cet exercice puisse atteindre le niveau d'utilité recherché.

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance

68 La rémunération des médecins représente 62% des dépenses de programmes de la RAMQ et le contrôle exercé à l'égard de cette rémunération est une activité fondamentale de la Régie. Or, les résultats des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance communiqués au conseil d'administration ne portent pas sur ce type de contrôle. Les seuls indicateurs qui concernent la rémunération des médecins sont relatifs au suivi de l'implantation du nouveau système informatique pour la rémunération à l'acte des professionnels de la santé ainsi qu'à certains engagements contenus dans la *Déclaration de services aux citoyens*. Ceux-ci ont notamment trait au délai de réponse aux appels téléphoniques des médecins pour des demandes d'information et d'assistance.

69 La RAMQ devrait explorer la possibilité que le conseil d'administration fasse le suivi d'indicateurs portant entre autres sur le volume des activités de contrôle (par exemple, le nombre d'activités en la matière et leur importance financière) ou sur la conformité des paiements qui ont été effectués.

Étalonnage

70 En 2012, la RAMQ a réalisé un exercice d'étalonnage afin de comparer ses frais d'administration avec ceux d'entreprises privées canadiennes en assurance collective. Celui-ci s'est avéré d'une utilité limitée, compte tenu des multiples nuances à prendre en considération entre le modèle d'affaires de la RAMQ et celui des entreprises choisies pour la comparaison. L'exercice a également nécessité l'utilisation de plusieurs hypothèses et estimations, ce qui rend les résultats plus ardues à interpréter dans une optique d'amélioration de la performance de la RAMQ.

71 La Régie réalise également des activités d'étalonnage en établissant des comparaisons avec certaines organisations membres du **Centre d'expertise des grands organismes**. Elle compare ainsi chaque année la qualité de ses services téléphoniques, notamment la proportion des appels pris en charge en moins de trois minutes et le taux d'appels abandonnés. Cet exercice lui permet de présenter au conseil d'administration de l'information servant à situer sa performance à cet égard par rapport à celle des autres organisations. Bien que l'exercice ait une portée limitée puisqu'il ne traite pas des activités principales de la RAMQ, dont celles associées à la rémunération des médecins,

Le Centre d'expertise des grands organismes regroupe sept organisations du gouvernement du Québec. Il facilite le partage d'expérience et de savoir-faire entre les organismes membres, tels que la RAMQ, la Société de l'assurance automobile du Québec et Revenu Québec.

il permet de fournir certaines données intéressantes au conseil d'administration. En 2015, la RAMQ a entrepris un autre exercice d'étalonnage en fonction d'indicateurs liés aux programmes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. Celui-ci devrait se terminer au cours de l'exercice 2015-2016.

Recommandation

72 La recommandation suivante s'adresse à la Régie.

- 5 Améliorer ses mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et poursuivre sa démarche d'étalonnage avec des organisations similaires, notamment pour mieux englober le volet de sa mission portant sur la rémunération des médecins.**

Commentaires de l'entité vérifiée

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec

« **Commentaires généraux.** La Régie de l'assurance maladie du Québec accueille favorablement toutes les recommandations formulées par le Vérificateur général. D'ailleurs, ces recommandations vont dans le même sens que celles émises par la Direction de l'audit interne de la Régie en mai 2015 à la suite de deux mandats d'audit prévus dans son plan triennal, l'un portant sur le processus d'analyse de la facturation des professionnels de la santé et dispensateurs de services assurés et l'autre portant sur l'analyse de conformité des paiements aux professionnels de la santé. Au terme de ces deux mandats, la Vice-présidence à la rémunération des professionnels avait soumis aux membres du conseil d'administration un plan d'action comportant les correctifs nécessaires et s'échelonnant jusqu'à l'automne 2016. Nous tenons à préciser que, dans son rapport de suivi au 30 septembre 2015, la Direction de l'audit interne confirmait aux membres du conseil d'administration la prise en charge de l'ensemble de ses recommandations.

« **Contrôles avant paiement.** Comme le précise le Vérificateur général dans son rapport, les nombreux contrôles appliqués par la Régie avant le paiement aux professionnels n'ont pas fait l'objet de sa vérification. Pour bien comprendre le rôle de la Régie en matière de contrôle de la rémunération, il importe d'en comprendre toutes les facettes. En effet, la Régie vérifie, avant le paiement et de façon informatique, la présence et la validité de l'information inscrite sur 100 % des demandes de paiement. Ces contrôles sont traduits dans nos systèmes en fonction des modalités prévues aux ententes par les parties négociantes. Ainsi, les 55 millions de demandes de paiement soumises annuellement par les professionnels à la Régie font l'objet de contrôles systémiques dans lesquels on retrouve plus de 2 000 normes de validation et de paramètres de contrôle nous permettant de valider la conformité des ententes de rémunération.

« Les contrôles appliqués par notre organisation sont nombreux et diversifiés, allant de la vérification de la conformité aux éléments de base (ex. : médecins, établissements, lieux géographiques), aux droits et privilèges octroyés aux médecins jusqu'à la vérification des dispositions prévues aux ententes (ex. : contrôle du nombre d'actes ou d'actes prérequis à la facturation).

« La Régie a entrepris, il y a plus de trois ans, le projet de refonte des systèmes de rémunération à l'acte (projet SYRA) afin de remplacer le système de rémunération à l'acte actuel des médecins, des optométristes et des dentistes. Ce nouveau système sera mis en place graduellement à compter du 1^{er} avril 2016 et simplifiera grandement le processus de facturation pour les professionnels de la santé, tout en permettant à la Régie d'améliorer ses façons de faire quant à la gestion des différentes dispositions des ententes.

« Dans ce contexte, le nouveau système sera mieux adapté à la complexité des ententes que le système actuel et permettra à la Régie de recueillir davantage d'informations nécessaires pour accroître le nombre et la diversité de ses contrôles en matière de rémunération.

« Par ailleurs, certains contrôles complémentaires après paiement sont appliqués pour les modes de rémunération à salaire, à honoraires et selon le mode mixte. De façon générale, ces contrôles permettent de vérifier si les règles d'exclusion ou de limitation prévues aux ententes sont respectées entre les différents modes de rémunération.

« **Gestion des risques.** La Régie a déjà amorcé les travaux nécessaires en lien avec cette recommandation. En effet, une analyse élargie des risques sera réalisée afin de revoir les contrôles et ainsi de s'assurer que les erreurs de facturation et les fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins sont détectées.

« **Encadrement des interventions.** Les travaux ont été amorcés et se poursuivront au fil des prochains mois concernant la coordination des mesures de contrôle à la Régie. Ces travaux visent à doter l'organisation d'une vision organisationnelle commune permettant l'intégration des différents contrôles et, ainsi, à assurer la cohérence de la gestion des risques effectuée par notre organisation. Cette vision organisationnelle met en lumière la contribution essentielle de chacune des parties prenantes pour assurer une coordination optimale. Le but visé est d'assurer l'arrimage entre les différentes unités qui participent à ces activités afin de prioriser les dossiers et de faire en sorte que les acteurs interviennent au bon moment dans un souci d'efficacité et d'efficacités.

« De plus, des mesures ont déjà été mises en place afin d'uniformiser les pratiques utilisées à la Régie pour la méthode d'échantillonnage selon les recommandations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Elles permettront également d'uniformiser le délai de prescription et le calcul des réclamations potentielles. Tous ces travaux assureront la Régie que l'échantillonnage retenu est cohérent avec le niveau de risque observé.

« **Processus d'analyse de la facturation.** La Régie procède présentement à un exercice afin d'optimiser le processus de contrôle de la facturation et de déterminer les priorités d'intervention en fonction de la capacité organisationnelle.

« Des réflexions ont été initiées pour mettre en place un cadre de gestion des contrôles, qui verra notamment à encadrer l'analyse de la facturation par un mécanisme formel d'assurance qualité. La sélection des dossiers à prioriser sera basée sur une analyse plus rigoureuse des risques. De plus, les contrôles seront revus dans le cadre de nos activités de dépistage 2016 afin de considérer davantage les particularités de chaque entente.

« **Portée des contrôles a posteriori (après le paiement).** La majorité des contrôles "après paiement" actuellement en place concerne la rémunération à l'acte. La pertinence d'améliorer les contrôles "après paiement" des autres modes de rémunération (mixte, à salaire ou à honoraires, ainsi que certaines mesures incitatives) sera évaluée lors de l'élaboration du cadre de gestion des contrôles. Par ailleurs, en ce qui a trait à certains forfaits versés aux médecins, un projet est déjà en cours pour vérifier la conformité des formulaires d'inscription lors de la prise en charge d'un patient par un médecin de famille.

« Bien que le Vérificateur général considère que le nombre de dossiers faisant l'objet d'une vérification formelle peut sembler faible, une évaluation d'un nombre beaucoup plus important de situations est réalisée afin d'identifier les dossiers ayant des erreurs de facturation potentielles parmi tous ceux en écart. Nous n'avons pas été en mesure de bien le démontrer; toutefois, les nouvelles façons de faire permettront dorénavant de mieux documenter cette démarche.

« De plus, la Régie a mis sur pied à l'automne 2015 un nouveau type de contrôle visant l'analyse de la facturation de professionnels n'ayant pas d'écart de facturation détecté par nos mécanismes de contrôle et outils de dépistage en place. Cette nouvelle approche permettra d'augmenter la couverture des activités de contrôle de la Régie auprès des professionnels.

« En ce qui concerne les projets horizontaux de 2008 et de 2011 portant sur la conformité de la facturation, ils ont permis de mettre en lumière certains problèmes administratifs d'application des ententes. À la suite des constats de la Régie, les parties négociantes ont entrepris des modifications aux libellés des actes concernés, dont certaines ont été appliquées et d'autres sont à venir. En fonction de cette mise à jour, la Régie évalue que le risque de non-conformité s'est considérablement amoindri.

« **Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance.** La Régie analysera les moyens à mettre en place pour améliorer sa démarche d'étalonnage.»

Annexes et sigles

- Annexe 1** Objectif de vérification et portée des travaux
- Annexe 2** Modes de rémunération et dépenses associées
- Annexe 3** Processus d'analyse de la facturation

Sigles

CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	SAFR	Service de l'analyse de la facturation et des risques

Annexe 1 Objectif de vérification et portée des travaux

Objectif de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement de la *Loi sur l'assurance maladie*, de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. Ils se fondent également sur les principes de saine gestion reconnus ainsi que sur nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes de certification présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*.

Objectif de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que la RAMQ administre de façon efficace et efficiente la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes de même que les mesures incitatives qui y sont associées.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les renseignements nécessaires à la négociation des ententes de rémunération et au suivi des coûts des mesures incitatives sont communiqués au ministère en temps opportun. ■ La RAMQ informe et conseille le ministère à l'égard des enjeux liés aux ententes de rémunération. ■ Un contrôle et une surveillance appropriés en fonction des risques assurent une rémunération conforme aux ententes et le recouvrement des sommes versées en trop, le cas échéant. ■ Des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance, y compris l'étalonnage, sont établies par la RAMQ afin qu'elle rende compte de ses résultats de façon appropriée.

Portée des travaux

La présente vérification porte sur la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes. Elle traite également des mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance utilisées pour effectuer le suivi de cette rémunération et pour répondre aux obligations législatives précisées à l'article 15.15 de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. Les travaux ont été réalisés auprès de la RAMQ et les recommandations formulées s'adressent à celle-ci.

Nous avons collecté l'information nécessaire à notre vérification en exploitant des données financières et opérationnelles consignées par la RAMQ. Nous avons également réalisé des entrevues avec des membres du personnel de cette entité.

Il est à noter que les constats formulés ne visent pas à remettre en cause la pertinence ou la qualité des actes professionnels accomplis ou des expertises médicales réalisées ; ces actes et ces expertises ne font d'ailleurs pas partie de la portée de la présente mission. Les travaux de vérification se sont principalement déroulés de septembre 2014 à octobre 2015 et ont porté essentiellement sur les activités menées par la RAMQ pour les exercices 2013-2014 et 2014-2015. Toutefois, certaines analyses font référence à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

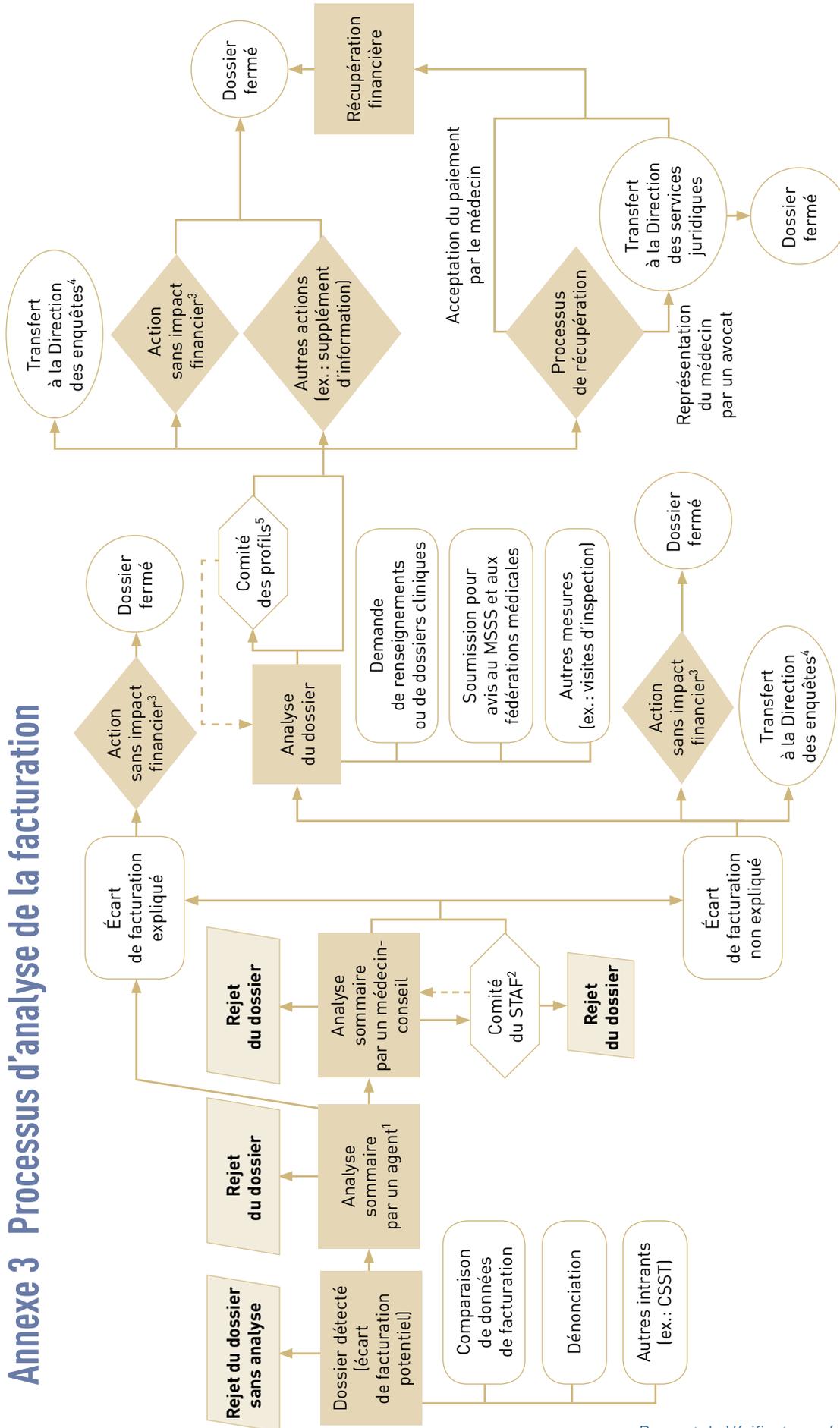
Annexe 2 Modes de rémunération et dépenses associées¹

Type	Définition	Dépenses 2013-2014 (M\$)
Rémunération à l'acte (y compris certaines mesures incitatives)	De façon générale, la rémunération à l'acte s'applique en médecine, en chirurgie et en médecine de laboratoire, à moins qu'il en soit convenu autrement dans les ententes. Un tarif est ainsi associé à chaque acte médical. Dans certaines situations précisées dans les ententes, le tarif de base de l'acte associé au service médical peut être majoré pour prendre en considération des facteurs particuliers.	3 857
Rémunération mixte	La rémunération mixte relative aux médecins spécialistes comprend le tarif pour la demi-journée ou la rémunération journalière ainsi que les suppléments d'honoraires. Cette rémunération touche les médecins qui exercent leur profession dans un département clinique, un service clinique ou un secteur d'activité d'un établissement. Pour leur part, les médecins omnipraticiens qui travaillent notamment au service des urgences d'un hôpital ou qui rendent des services en vertu d'ententes particulières reçoivent des honoraires forfaitaires auxquels s'ajoute un pourcentage du tarif de l'acte.	1 431 ²
Honoraires forfaitaires	Ces honoraires comprennent le tarif horaire, celui pour la demi-journée et la rémunération journalière. Le tarif pour la demi-journée concerne les médecins spécialistes, tandis que la rémunération à la vacation, basée sur une période de travail de trois heures, est réservée aux médecins omnipraticiens.	397
Salaire et honoraires fixes	Dans les ententes, le terme « salaire » est réservé aux médecins spécialistes et le terme « honoraires fixes », aux médecins omnipraticiens. Ces deux modes de rémunération sont basés sur une semaine de travail pendant laquelle le nombre d'heures peut varier. Des avantages sociaux sont rattachés à ces modes de rémunération. Ils s'appliquent, entre autres, aux médecins qui travaillent dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou une direction de la santé publique.	84
Rémunération à forfait et à primes (mesures incitatives)	La rémunération à forfait est basée sur une somme donnée qui est versée périodiquement ou annuellement aux médecins de famille (omnipraticiens) pour la prise en charge et le suivi médical d'un patient, vulnérable ou non. Elle varie selon l'âge de celui-ci, son état de santé et son lieu de suivi. Les primes font majorer le tarif horaire ou les honoraires fixes. Parmi celles-ci, on trouve les primes de responsabilité, celles liées à la santé au travail et celles relatives à l'horaire de soutien aux services de première ligne.	269
Mesures particulières (mesures incitatives)	Certaines mesures visent à encourager les médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus et à y rester. Elles comprennent, entre autres, les primes d'éloignement, de ressourcement et de rétention ainsi que le programme de formation continue. Elles incluent également les allocations ou les indemnités versées aux médecins dans des situations particulières. Les congés de maternité ainsi que les programmes d'allocation de fin de carrière, de départ assisté ou de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle sont des exemples de mesures particulières.	75
Autres programmes et avantages prévus	Cette catégorie comprend la rémunération des médecins travaillant à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Est également incluse la part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle des médecins payée par le gouvernement.	168
Total		6 281³

1. La rémunération des résidents en médecine est exclue.
2. Sont inclus uniquement les dépenses liées aux tarifs pour la demi-journée ou la journée complète ainsi que les honoraires forfaitaires. Les suppléments d'honoraires relatifs à un pourcentage du tarif de l'acte sont inclus dans le mode de rémunération à l'acte.
3. Est notamment incluse la rémunération versée aux médecins travaillant pour la CSST qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales.

Source : RAMQ.

Annexe 3 Processus d'analyse de la facturation



1. Cette analyse est effectuée uniquement pour les dossiers qui proviennent de la comparaison de données de facturation. Cependant, cette comparaison constitue la principale source d'intrants du processus d'analyse de la facturation.
2. Le comité de soutien technique en analyse de la facturation (comité du STAF) est composé des analystes, des techniciens et des médecins du SAFR ainsi que du chef d'équipe. Il se prononce, de façon consensuelle, sur le traitement des dossiers.
3. Les actions sans impact financier peuvent être l'envoi d'une lettre d'information ou d'une lettre d'autocorrection. Les autres actions possibles sont notamment de traiter le dossier ultérieurement ou de fermer le dossier « sans action ».
4. La RAMQ dispose d'une direction spécialisée pour mener des enquêtes, notamment lorsque les services facturés ne correspondent pas à ceux consignés dans le dossier médical du patient, n'ont pas été fournis par le médecin ou encore ne sont pas assurés. La Direction des enquêtes fait l'objet d'un processus distinct de celui de l'analyse de la facturation.
5. Le comité des profils est notamment composé des analystes, des médecins-conseils, du chef d'équipe et du chef de service du SAFR. Les discussions sont principalement d'ordre médical. Le comité recommande, de façon consensuelle, les actions à accomplir.