

Activité des programmes de médicaments

Contexte

Les programmes de médicaments de l'Ontario sont gérés par la Direction des programmes de médicaments (la Direction) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère). Les paiements effectués dans le cadre de ces programmes sont autorisés par la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation* et la *Loi sur l'assurance-santé*.

La Direction administre les programmes de médicaments suivants :

- Programme de médicaments de l'Ontario : Ce programme met des médicaments sur ordonnance à la disposition des personnes âgées de l'Ontario, des prestataires de l'aide sociale (programme Ontario au travail ou Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées), des bénéficiaires de services professionnels dans le cadre du Programme de soins à domicile et des résidents de foyers de soins spéciaux ou de soins de longue durée.
- Programme de médicaments Trillium : Ce programme vient en aide aux personnes qui ne sont pas admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario et dont les coûts de

médicaments sur ordonnance sont élevés par rapport à leur revenu.

- Programme de médicaments spéciaux : Ce programme couvre les coûts de certains médicaments fournis à des patients non hospitalisés pour le traitement des affections désignées dans les règlements pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé*.

La Direction doit également surveiller le développement, l'exploitation et la maintenance du Système du réseau de santé (le Réseau), qui relie la Direction à environ 3 050 pharmacies et 100 autres fournisseurs; fournit des renseignements en ligne aux pharmaciens; et permet de présenter, de traiter et de régler les demandes de règlement de frais de médicaments. Le Réseau, qui traite chaque année environ 90 millions d'ordonnances pour environ 3,2 millions de bénéficiaires admissibles, est exploité au nom de la province par un fournisseur de services du secteur privé. La Direction assure aussi le traitement, la surveillance et la vérification des demandes de règlement des fournisseurs de prestations pharmaceutiques et joue un rôle consultatif pour les questions liées aux demandes et aux paiements de prestations pharmaceutiques.

En 2006-2007, les programmes de médicaments de l'Ontario ont dépensé un total de 3,7 milliards de dollars, comparativement à 3,4 milliards en

2005-2006. (Ces dépenses sont ventilées à la Figure 1.) Des 3,7 milliards de dollars, 742 millions ont été payés par le ministère des Services sociaux et communautaires pour les prestations pharmaceutiques destinées aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le Ministère, l'accroissement des dépenses – qui s'élevaient à 1,98 milliard de dollars au moment de notre dernière vérification en 2000-2001 – est attribuable à de nombreux facteurs, dont l'utilisation de nouveaux médicaments plus coûteux, le vieillissement de la population, les nouvelles maladies, les nouveaux domaines pharmacologiques et le virage ambulatoire découlant de la restructuration du système de santé.

Les dépenses de fonctionnement de la Direction, qui compte environ 102 employés, s'élevaient à 42 millions de dollars en 2006-2007, comparative-ment à 30 millions au moment de notre dernière vérification en 2000-2001.

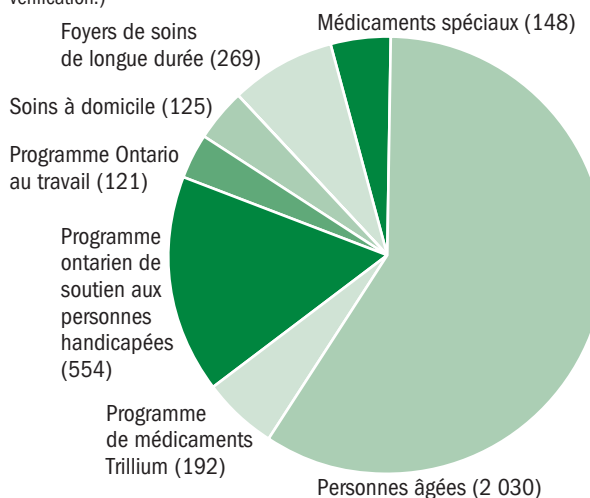
MODIFICATIONS LÉGISLATIVES

En 2005, le Ministère a établi le Secrétariat du régime de médicaments pour que celui-ci fasse un examen objectif du régime de médicaments de l'Ontario dans son ensemble. Le Secrétariat a terminé son examen en janvier 2006 et déterminé qu'il fallait améliorer et dynamiser le cadre de gestion du régime de médicaments par l'intégration des modifications stratégiques, législatives et réglementaires. Le cadre comporte cinq volets clés : l'établissement des prix et le remboursement des médicaments; l'accès aux médicaments; la nécessité de partenariats pour un usage plus approprié; l'innovation; le renforcement de la gestion et des activités du régime de médicaments de l'Ontario.

Les modifications apportées en conséquence à la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* et la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation* sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2006. Le Ministère s'attend à ce que

Figure 1 : Dépenses de l'Activité des programmes de médicaments, 2005-2006 (en millions de dollars)

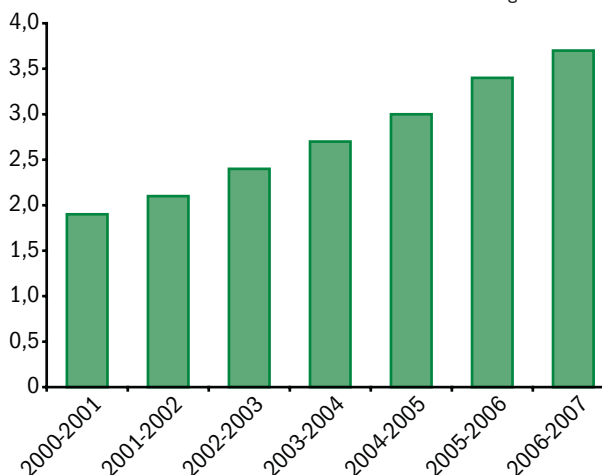
Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Les chiffres pour 2006-2007 n'étaient pas disponibles au moment de notre vérification.)



Nota : Les dépenses au titre des foyers de soins spéciaux s'élevaient à 3 millions de dollars.

Figure 2 : Dépenses en médicaments, Activité des programmes de médicaments, 2000-2001 – 2006-2007 (en milliards de dollars)

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée



ces modifications entraînent des économies, car des rabais seront accordés pour les achats en gros dans le cadre de l'Activité des programmes de médicaments, en plus d'améliorer l'accès des patients aux médicaments grâce aux nouvelles inscriptions conditionnelles et à l'examen accéléré des médicaments considérés comme des découvertes.

Les modifications législatives ont également créé le poste d'administrateur des programmes publics de médicaments de l'Ontario, qui exerce les fonctions et pouvoirs auparavant impartis au ministre de la Santé et des Soins de longue durée ou au lieutenant-gouverneur en conseil. Cette personne a maintenant pour responsabilités de désigner les produits médicamenteux interchangeables et de publier les mises à jour du Formulaire des médicaments de l'Ontario (le Formulaire), qui liste tous les produits médicamenteux et tous les prix approuvés par le gouvernement. Le Ministère s'attend à ce que cette façon de procéder accélère sensiblement la mise à jour du Formulaire.

En 2004, le Comité permanent des comptes publics a recommandé que le Ministère « recueille et analyse à intervalles réguliers les données sur les prix payés pour des médicaments comparables dans les autres provinces ». Le dernier examen a eu lieu au début de 2007, lorsque le Ministère a comparé les prix inscrits au Formulaire des 50 principaux produits médicamenteux en Ontario par dépenses totales du gouvernement à ceux de trois autres provinces (la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Québec). Cette comparaison a révélé que les prix payés par l'Ontario étaient généralement comparables à ceux des trois autres provinces.

MODIFICATIONS TOUCHANT LA DIRECTION DES PROGRAMMES DE MÉDICAMENTS

Après notre travail sur le terrain, plus précisément en juin 2007, les activités des programmes de médicaments ont été transférées au nouveau Bureau des programmes publics de médicaments de l'Ontario et à la nouvelle Direction de l'examen de l'admissibilité des cas individuels. Bien que les activités aient été redistribuées, le Ministère reste responsable des secteurs examinés dans le présent rapport.

Objectif et portée de la vérification

Notre vérification mettait l'accent sur le processus de vérification et de règlement des demandes de l'Activité des programmes de médicaments. Notre objectif était de déterminer si le Ministère avait mis en place les politiques et procédures requises pour :

- approuver, traiter et régler les demandes visant les médicaments délivrés aux bénéficiaires admissibles et inspecter les fournisseurs afin de vérifier leur conformité à la loi;
- s'assurer que les ressources affectées au processus de règlement des demandes et au processus d'inspection sont gérées dans le respect des principes d'économie, d'efficacité et d'efficacité;
- mesurer et déclarer son rendement en gestion des demandes de règlement.

Comme le Ministère avait récemment révisé le Formulaire, nous ne nous sommes pas penchés sur les processus d'examen et d'approbation des médicaments et des prix à inclure dans le Formulaire.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné et analysé les politiques et procédures pertinentes du Ministère, jeté un coup d'œil à certains de ses dossiers et interviewé des membres de son personnel à Toronto et à Kingston. Nous avons également examiné des dossiers et mené des entrevues chez un tiers fournisseur qui administrait le Programme de la quote-part pour les personnes âgées (qui fait partie du Programme de médicaments de l'Ontario) et le Programme de médicaments Trillium. Nous avons rencontré des employés de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario afin de mieux comprendre son rôle dans l'Activité des programmes de médicaments et d'obtenir des données statistiques pertinentes. Nous avons également assisté à une vérification d'inspection effectuée par le Ministère chez un fournisseur.

Avant d'entamer nos travaux, nous avons défini les critères à appliquer pour répondre à l'objectif de la vérification. Ces critères ont été examinés et acceptés par la haute direction du Ministère.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait, en conséquence, les contrôles par sondages et autres procédés de vérification que nous avons jugés nécessaires dans les circonstances. Nous nous sommes également fiés à certains travaux connexes effectués par les Services de vérification interne du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère des Services sociaux et communautaires afin de réduire au minimum le chevauchement des tâches.

Résumé

Nous étions généralement convaincus que le Système du réseau de santé (le Réseau), géré à l'externe, traitait les demandes de règlement conformément aux exigences législatives et à la politique du Ministère. De plus, le Ministère a donné suite à la recommandation de notre vérification précédente de faire appel à la concurrence pour la gestion du Réseau, ce qui se traduira par des économies importantes pour le Programme de médicaments. Cependant, pour réduire davantage les coûts, le Ministère doit être encore plus vigilant et prendre des mesures appropriées pour se protéger contre les risques liés aux personnes non admissibles et aux tendances inhabituelles des demandes de règlement. En particulier :

- Le Programme de médicaments devait surveiller de près les pharmaciens qui étendent la couverture aux personnes désignées comme non admissibles par le Système du réseau de santé en entrant des codes de dérogation dans

le système. Cependant, nous avons trouvé peu de preuves qu'une telle surveillance était assurée, même dans le cadre des inspections courantes prévues pour vérifier si l'utilisation de ces codes était justifiée. Nous avons repéré des cas où le Ministère avait payé des médicaments délivrés à des personnes désignées comme non admissibles par le système parce que les pharmaciens avaient entré des codes de dérogation. Dans un cas particulier, une pharmacie a soumis plus de 300 demandes de règlement au cours d'une période de cinq mois en entrant des codes de dérogation pour une personne qui n'était pas admissible à ce moment-là. Le Ministère a été incapable de justifier toutes les dérogations, mais il a réussi à obtenir des pharmacies qui avaient délivré les médicaments des cartes d'admissibilité temporaires appuyant la majorité des paiements. Comme il n'assure pas toujours le suivi des dérogations, le Ministère n'est pas en mesure de détecter et de réduire le risque que la couverture soit étendue à des personnes non admissibles.

- Les pharmaciens peuvent être payés pour les médicaments dont le prix dépasse celui inscrit au Formulaire en entrant un code de dérogation dans le système lorsqu'ils achètent des médicaments à un coût supérieur à celui du Formulaire. Nous avons examiné un échantillon de demandes de dérogation aux prix qui avaient été réglées en février 2007 et constaté que plus de 30 % des prix unitaires dépassaient le prix du Formulaire de plus de 100 %. Dans un cas particulier, le prix demandé dépassait le prix du Formulaire de 12 500 %, de sorte que le Ministère a payé presque 2 400 \$ pour une ordonnance qui, selon le Formulaire, aurait dû coûter moins de 20 \$. Dans certains cas, le Ministère a effectué des enquêtes de suivi et découvert que les prix plus élevés demandés étaient attribuables

à des erreurs de saisie des pharmacies et qu'il pouvait donc récupérer les montants excédentaires.

- Nos vérifications de 1996 et de 2001 ont permis de dégager des préoccupations importantes concernant les ressources d'inspection limitées du Ministère, le manque de planification en vue d'une utilisation efficace des inspecteurs et la portée insuffisante des inspections. Le Comité permanent des comptes publics a recommandé que le Ministère examine ses ressources en matière d'inspection d'ici la fin de 2004, puis qu'il lui présente un rapport sur les résultats de son examen et les mesures qu'il compte prendre en conséquence. Durant la vérification de 2007, nous avons constaté que les préoccupations mentionnées plus haut n'avaient pas été réglées et que l'examen recommandé par le Comité n'avait pas été fait. Depuis notre dernière vérification, l'accroissement du nombre de demandes reçues, conjugué à la réduction du nombre d'inspecteurs sur le terrain, a sensiblement affaibli la surveillance des fournisseurs. Les ressources actuelles du Ministère lui permettraient d'inspecter chaque fournisseur à peu près une fois tous les 30 ans.
- Le Ministère doit faire une utilisation plus efficace de ses ressources limitées en ciblant les fournisseurs à risque élevé de toute la province. Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas examiné les statistiques relatives aux demandes inhabituelles, qui font ressortir les cas susceptibles d'enquête, afin de choisir les fournisseurs à inspecter. Par exemple, notre examen des données pour l'exercice 2005-2006, selon lesquelles 20 fournisseurs avaient exécuté des ordonnances pour une durée moyenne de moins de trois jours, montrait qu'un seul de ces fournisseurs avait été inspecté sur une période de plus de six ans. Ces statistiques pourraient signaler les

fournisseurs qui divisent les quantités prescrites de façon à exécuter plus d'ordonnances et à facturer ainsi des frais additionnels.

Conjointement avec le Ministère, nous avons sélectionné un fournisseur dont le nombre de demandes de règlement par bénéficiaire était élevé et nous avons assisté à l'inspection sur le terrain. À elle seule, cette inspection a permis de repérer des trop-payés de 270 000 \$, dont plus de 240 000 \$ étaient liés à des demandes de règlement de frais d'ordonnance invalides.

- Le Ministère n'a pas cherché à récupérer les franchises annuelles impayées dans le cadre du Programme de médicaments Trillium. Les franchises impayées s'élevaient à plus de 6 millions de dollars à la fin de 2005-2006, exercice durant lequel les médicaments délivrés aux quelque 19 300 ménages participant au Programme Trillium totalisaient 23 millions de dollars. Le Ministère n'a pas pu nous fournir de renseignements sur le nombre de ménages qui n'avaient pas payé toutes leurs franchises au cours des années antérieures.

Dans notre *Rapport annuel 2001*, nous exprimions des préoccupations concernant la reconduction du contrat pour le développement et la maintenance du Système du réseau de santé, que le Ministère avait négociée auprès du même fournisseur depuis 1993 sans lancer d'appel à la concurrence. Son plus récent contrat – dont la durée est de cinq ans et le coût total, de 63 millions de dollars – était censé venir à expiration en novembre 2005. Le Ministère a alors demandé puis reçu l'autorisation du Conseil de gestion de prolonger le contrat avec le même fournisseur de 24 mois supplémentaires. Au cours de cette période, il a demandé à un consultant de l'extérieur d'évaluer les exigences contractuelles. Après avoir pris connaissance des résultats de cet examen, le Ministère a décidé de fournir lui-même certains des services visés par l'ancien contrat. Il a ensuite lancé un appel d'offres concurrentiel, qui a abouti à la signature

d'un nouveau contrat avec un fournisseur différent pour une période de six ans à un coût sensiblement réduit d'environ 28 millions de dollars.

Nous avons envoyé le présent rapport au Ministère en l'invitant à y répondre. Sa réponse globale est reproduite ci-après et sa réponse à chacune des recommandations suit la recommandation visée.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère est déterminé à assurer une prestation équitable et responsable des programmes publics de médicaments pour que les bénéficiaires de l'assurance-médicaments de l'Ontario, qui comptent parmi les résidents les plus vulnérables de la province, aient accès aux médicaments et aux traitements dont ils ont besoin. Le Ministère accepte généralement les recommandations du vérificateur général et il prendra des mesures pour y donner suite.

Constatations détaillées de la vérification

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Le Programme de médicaments de l'Ontario (le Programme) prend en charge la plus grande partie du coût de plus de 3 100 produits médicamenteux inscrits au Formulaire des médicaments de l'Ontario (le Formulaire). La majorité de ces produits médicamenteux sont des médicaments sur ordonnance; certains produits nutritionnels et produits réactifs pour diabétiques sont aussi couverts. Le Formulaire indique le prix que le Ministère paye pour chaque produit médicamenteux et que les fabricants ont accepté. Sont admissibles à l'assurance-médicaments les résidents de l'Ontario qui sont titulaires d'une carte Santé valide et qui appartiennent à l'une des catégories admissibles.

Pour avoir droit à l'assurance-médicaments, les bénéficiaires admissibles peuvent avoir à payer une partie des coûts de leurs médicaments sur ordonnance, sous forme de quotes-parts et de franchises, pour chaque année de prestations. L'année de prestations s'étend du 1^{er} août au 31 juillet de l'année suivante. Les catégories de personnes admissibles à l'assurance-médicaments ainsi que les franchises et quotes-parts correspondantes sont indiquées à la Figure 3 ci-après.

Figure 3 : Catégories d'admissibilité, franchises et quotes-parts, par programme de médicaments, en 2006-2007

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Catégorie de personnes admissibles à l'assurance-médicaments	Franchise(s) (\$)	Quotes-parts (\$)
Personne âgée de 65 ans ou plus		
personne âgée seule ayant un revenu supérieur à 16 018 \$	100	6,11 ¹ /2,83 ²
couple âgé ayant un revenu supérieur à 24 175 \$	100 par personne	6,11 ¹ /2,83 ²
personne âgée seule ayant un revenu inférieur à 16 018 \$	—	2
couple âgé ayant un revenu inférieur à 24 175 \$	—	2
Autres		
résident d'un foyer de soins de longue durée	—	2
résident d'un foyer de soins spéciaux	—	2
bénéficiaire de services professionnels dans le cadre du Programme de soins à domicile	—	2
bénéficiaire de prestations du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées	—	2

1. pharmacie de détail

2. pharmacie d'hôpital

Admissibilité à la quote-part pour les personnes âgées

Toute personne qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement admissible à l'assurance-médicaments à titre de personne âgée « à revenu élevé ». En 2005-2006, 1,1 million de personnes âgées à revenu élevé ont reçu des prestations pharmaceutiques de 1,4 milliard de dollars. Pour être admissibles au programme de la quote-part, les personnes âgées « à faible revenu » doivent présenter une demande accompagnée d'une documentation appropriée à l'appui, par exemple un avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ARC). En 2005-2006, 341 000 personnes âgées à faible revenu ont reçu des prestations pharmaceutiques de 627 millions de dollars. Les personnes jugées admissibles à la quote-part n'ont pas besoin de soumettre des demandes annuelles; elles sont toutefois tenues d'aviser le Ministère de toute augmentation de leur revenu durant leur participation au programme. En avril 2005, le Ministère a conclu une entente avec l'ARC qui lui permet de vérifier le niveau de revenu annuel des personnes âgées grâce à un lien électronique. Nous avons noté, au moment de notre vérification, qu'un tel lien était en place pour le processus de vérification du revenu du Programme de médicaments Trillium, mais qu'il n'y avait pas encore de lien pour le programme de quote-part.

Données concernant les bénéficiaires de l'aide sociale admissibles

En 2006-2007, le Ministère a déclaré que 585 000 bénéficiaires de l'aide sociale avaient reçu pour 742 millions de dollars de prestations pharmaceutiques. Chaque jour, le Programme reçoit des données du ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) sur les bénéficiaires admissibles du programme Ontario au travail et du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Les données concernant les personnes

qui ont commencé à toucher des prestations d'aide sociale ou dont les prestations ont été suspendues sont fournies par le biais d'une interface automatique qui est téléchargée dans le Système du réseau de santé (le Réseau). De plus, les données du Réseau sont confrontées chaque mois à la base de données du MSSC, et les écarts font l'objet d'un suivi par le Ministère.

Le MSSC remet chaque mois aux bénéficiaires de l'aide sociale une carte d'assurance-médicaments générée par le système ou produite à la main. Même si le système ne reconnaît pas les personnes qui présentent une carte d'assurance-médicaments valide, les pharmaciens peuvent leur accorder l'admissibilité temporaire en entrant un code de dérogation dans le système. En 2006-2007, 155 000 dérogations aux critères d'admissibilité ont été autorisées, et 518 000 demandes de règlement ont été soumises et réglées. Nous avons sélectionné un échantillon de bénéficiaires à qui des pharmaciens avaient accordé des dérogations et qui avaient reçu des prestations pour un nombre considérable de demandes. Nous avons vérifié cet échantillon auprès du MSSC afin de déterminer si ces personnes étaient réellement admissibles à des prestations d'aide sociale en 2006-2007. Les données du MSSC indiquaient que certains bénéficiaires de dérogations avaient reçu des prestations d'assurance-médicaments alors qu'ils n'y étaient apparemment pas admissibles. Dans un cas particulier, une pharmacie a utilisé les codes de dérogation pour soumettre plus de 300 demandes sur une période de cinq mois pour une personne qui n'était pas admissible à l'assurance-médicaments à ce moment-là. (Voir la section Inspections et vérifications plus loin dans le rapport.)

Dans un rapport datant de mars 2007, les services de vérification interne du MSSC soulevaient des préoccupations semblables concernant les dérogations des pharmaciens. Le personnel du MSSC n'était toutefois pas habilité à inspecter physiquement les pharmacies. Ce pouvoir est conféré

à l'unité d'inspection de la Direction. Bien que tous les coûts des médicaments délivrés aux bénéficiaires de l'aide sociale soient pris en charge par le MSSC, c'est au personnel d'inspection des programmes de médicaments qu'il incombe de faire les vérifications nécessaires. Le manuel des politiques et procédures de l'unité d'inspection exige expressément du personnel qu'il surveille de près l'utilisation des codes de dérogation. Nous avons trouvé peu de preuves que les inspecteurs avaient examiné les dérogations aux critères d'admissibilité que nous avons repérées. Lorsque nous avons porté ces cas à son attention, le personnel des programmes a mené une enquête de suivi et constaté que la plupart des dérogations étaient appuyées par des cartes d'admissibilité délivrées manuellement. Comme il est noté plus haut, ces dérogations étaient rarement vérifiées par les inspecteurs des programmes. Nous étions préoccupés par le fait que, malgré l'obligation du personnel d'inspection de vérifier les dérogations aux critères d'admissibilité dans le cadre des vérifications courantes, il y avait peu de preuves indiquant que cela avait été fait dans plus de 80 % des dossiers de vérification examinés.

Comme le Ministère ne surveille pas systématiquement les dérogations, il n'est pas en mesure de détecter et de réduire le risque que des personnes non admissibles reçoivent des prestations d'assurance-médicaments.

Admissibilité des résidents des foyers de soins de longue durée

En 2006-2007, 99 800 bénéficiaires des programmes résidant dans des foyers de soins de longue durée ont reçu pour 295 millions de dollars de prestations pharmaceutiques. Les responsables du Programme n'obtiennent pas auprès de sources telles que les foyers de soins de longue durée ou le Programme des soins de longue durée du Ministère les renseignements dont ils auraient besoin pour vérifier l'admissibilité des résidents à

l'assurance-médicaments. Le personnel d'inspection du Programme a d'ailleurs indiqué qu'il n'était pas autorisé à vérifier les dossiers des foyers de soins de longue durée. Il compte plutôt sur les pharmacies qui présentent des demandes de règlement pour les médicaments délivrés aux résidents des foyers de soins de longue durée en entrant le numéro d'identification d'un foyer actif.

L'absence de vérification indépendante pourrait entraîner la soumission de demandes de règlement pour des personnes non admissibles. En fait, notre examen des avis disciplinaires de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario a révélé qu'un certain nombre de pharmaciens étaient surveillés parce qu'ils continuaient de soumettre des demandes de règlement pour des médicaments délivrés à des bénéficiaires qui étaient décédés ou qui n'habitaient plus dans un foyer de soins de longue durée.

RECOMMANDATION 1

Pour que seules les personnes admissibles touchent ou continuent de toucher des prestations d'assurance-médicaments, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit s'assurer que :

- les niveaux de revenu des personnes âgées qui ont droit à la quote-part sont appuyés par une documentation appropriée ou par des moyens électroniques, tels que le lien avec les données sur le revenu de l'Agence du revenu du Canada;
- les codes de dérogation à l'admissibilité utilisés par les pharmaciens sont appliqués et appuyés de façon appropriée;
- l'utilisation des codes de dérogation est surveillée et les taux de dérogation anormalement élevés font l'objet d'enquêtes;
- l'admissibilité continue des résidents des foyers de soins de longue durée est confirmée indépendamment par l'information obtenue auprès des foyers mêmes ou du Programme des soins de longue durée du Ministère.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

En 2005, le Ministère a commencé la mise en œuvre par étapes d'un lien automatisé de vérification du revenu avec la base de données de l'Agence du revenu du Canada (ARC). La première priorité a été accordée au Programme de médicaments Trillium, dont les franchises sont plus élevées et qui présente donc un plus grand risque que les autres programmes. Le développement des systèmes n'est pas encore terminé. Une fois que les systèmes auront été mis au point, le Ministère introduira un processus pour le Programme de la quote-part pour les personnes âgées. Il a toujours été nécessaire pour les personnes âgées qui présentent une demande au titre de ce programme de fournir une preuve de revenu sur papier, par exemple un avis de cotisation de l'ARC.

Le Ministère continuera de veiller à ce que les codes de dérogation soient utilisés de façon appropriée et il examinera et documentera leur utilisation de façon cohérente dans le cadre des vérifications courantes.

Le Ministère identifiera les différents moyens de vérifier les demandes soumises par les résidents des foyers de soins de longue durée.

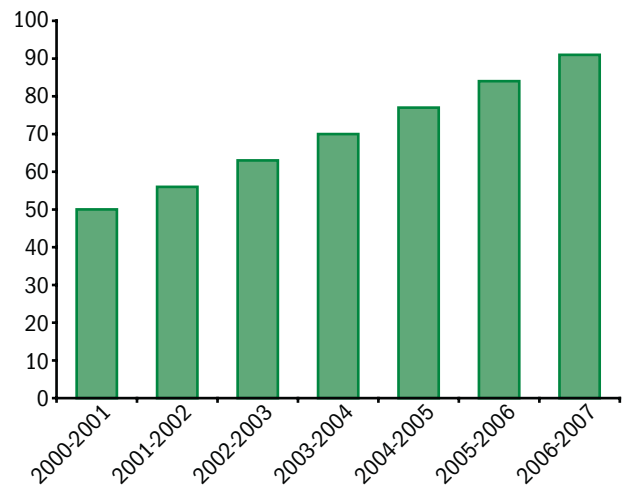
TRAITEMENT DES DEMANDES

Le Système du réseau de santé (le Réseau) est un système en ligne et en temps réel qui relie les fournisseurs de tout l'Ontario directement au Ministère pour le traitement et le règlement des demandes. Le Réseau traite les demandes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il fournit aussi des renseignements par courriel sur les modifications apportées aux prestations pharmaceutiques et aux programmes, ainsi que des informations sur les paiements aux fournisseurs.

Comme le montre la Figure 4, le Réseau a traité plus de 90 millions de demandes en 2006-2007 – ce

Figure 4 : Nombre total de demandes (en millions), 2000-2001 – 2006-2007

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée



qui représente une augmentation de plus de 80 % par rapport à l'exercice 2000-2001. Environ 99 % de ces demandes avaient été présentées en ligne par les fournisseurs. Le reste comprenait les demandes sur papier et les reçus d'ordonnance soumis pour remboursement.

Traitement électronique des demandes

Le Réseau exécute automatiquement une série de processus, dont l'évaluation de l'admissibilité, la validation des données figurant dans les demandes, le calcul de la quote-part du bénéficiaire, de la franchise et de la proportion des coûts prise en charge par le Programme, ainsi que la diffusion de renseignements ou de messages d'avertissement aux fournisseurs.

Nous avons procédé à des essais et constaté que le Réseau traitait généralement les demandes conformément aux exigences législatives et à la politique du Ministère, avec quelques exceptions :

- La *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* limite la quantité de médicaments que les bénéficiaires du programme Ontario au travail peuvent recevoir en même temps à ce qui est nécessaire pour une série de traitements de

35 jours. Nous avons constaté durant notre vérification que la direction du Programme avait décidé de porter cette limite à un maximum de 100 jours lorsque le bénéficiaire du programme Ontario au travail était également admissible à un autre programme tel que Trillium. Cette décision n'entraîne probablement pas de coûts additionnels pour les contribuables, mais elle n'est pas conforme à la limite de 35 jours prescrite par la loi pour les bénéficiaires du programme Ontario au travail.

- En juillet 2003, par suite d'une modification réglementaire, le Réseau a été reprogrammé de façon à accroître les frais d'ordonnance permis pour les pharmacies d'hôpitaux. Cette modification a fait augmenter le montant de la quote-part pour les bénéficiaires, qui aurait dû rester inchangé. Ce n'est qu'en octobre 2006, soit trois ans plus tard, que le Programme a repéré et corrigé cette erreur. Nous avons estimé à environ 400 000 \$ sur trois ans le montant que les bénéficiaires ont dû payer en trop en conséquence de cette erreur.
- Le montant des frais d'ordonnance que le Programme paye aux pharmacies d'hôpitaux est spécifié par règlement. Avant octobre 2006, il équivalait à environ la moitié du montant payé aux pharmacies de détail. Certaines personnes choisissaient de payer leurs propres ordonnances puis de présenter les reçus au Programme pour remboursement. Nous avons constaté que lorsque ces ordonnances étaient exécutées par une pharmacie d'hôpital, le Réseau payait les frais d'ordonnance au détail plutôt que le taux plus faible prévu dans la loi. Nous avons noté que le règlement avait été modifié en octobre 2006 et que les pharmacies d'hôpitaux et de détail recevaient maintenant les mêmes frais d'ordonnance maximums. Cependant, si les frais d'ordonnance devaient diverger de nouveau dans l'avenir, le Réseau

continuerait d'appliquer les frais d'ordonnance en vigueur pour les pharmacies de détail au remboursement des ordonnances exécutées par des pharmacies d'hôpitaux.

Nous avons également contacté l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario pour obtenir une liste des pharmacies qui avaient fermé leurs portes en 2006. Plus de la moitié des pharmacies examinées qui figuraient sur cette liste étaient encore inscrites comme ouvertes dans la base de données du Réseau.

RECOMMANDATION 2

Pour s'assurer que toutes les demandes sont traitées de façon exacte et complète et conformément aux exigences de la loi et des politiques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- effectuer des évaluations ou des essais périodiques du Système du réseau de santé (le Réseau) afin de repérer les problèmes de non-conformité, en veillant particulièrement à ce que le Réseau soit mis à jour de façon à tenir compte des modifications aux programmes;
- obtenir des renseignements périodiques sur les pharmacies qui ferment leurs portes auprès de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario afin de mettre à jour la base de données du Réseau.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est en train d'examiner les règles de traitement du Système du réseau de santé (le Réseau), particulièrement celles qui concernent le règlement des demandes présentées par des clients du programme Ontario au travail.

Les nouvelles ententes sur le réseau d'accueil de l'acqureur mises en œuvre en juin et juillet 2007 exigent que le Ministère soit avisé de tout changement relatif à une pharmacie reliée au réseau. Le Ministère appliquera les

dispositions des ententes pour s'assurer d'être promptement informé de ces changements.

Le Ministère vérifie la licence de la pharmacie auprès de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (OPO) lorsque celle-ci s'inscrit au Programme de médicaments de l'Ontario afin d'ouvrir un compte de facturation. L'OPO avait l'habitude d'envoyer un rapport de mise à jour au Ministère sur les changements touchant les pharmacies agréées, mais il a cessé cette pratique parce que le Ministère était le seul utilisateur du rapport. Le Ministère examinera la possibilité de recevoir de nouveau des mises à jour régulières de l'OPO.

Paielements au titre du coût pour l'exploitant

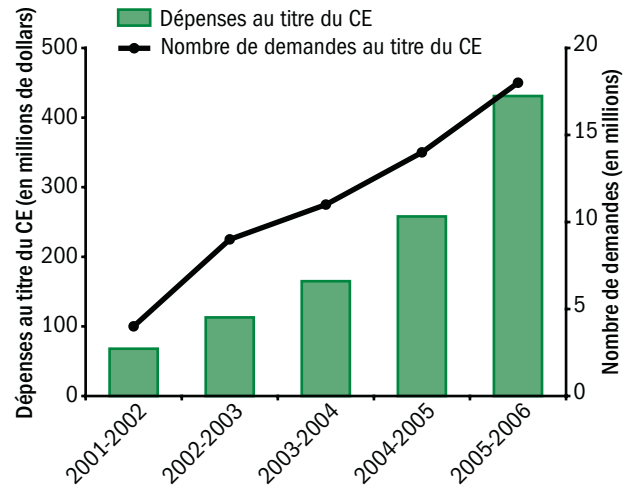
Bien que les médicaments doivent être vendus au prix du Formulaire, la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* permet la présentation et le règlement des demandes au coût d'acquisition du produit médicamenteux majoré de 10 % (8 % depuis avril 2007), si ce coût dépasse le prix du Formulaire. Ces demandes « au titre du coût pour l'exploitant » (d'un établissement délivrant des médicaments) sont traitées en ligne par la voie du Réseau, lorsque le pharmacien entre un code de dérogation au prix dans le système.

Les statistiques du Ministère révèlent que les demandes au titre du coût pour l'exploitant et les dépenses connexes – c'est-à-dire les cas dans lesquels les prix payés par les fournisseurs dépassaient les prix publiés dans le Formulaire – ont connu une augmentation substantielle au cours des cinq dernières années (voir la Figure 5). En effet, les dépenses au titre du coût pour l'exploitant sont passées de 67,8 millions de dollars en 2001-2002 à 431 millions en 2005-2006, soit une hausse de plus de 500 %.

Nous avons examiné un échantillon de demandes au titre du coût pour l'exploitant réglées en

Figure 5 : Total des demandes et des dépenses au titre du coût pour l'exploitant (CE), 2001-2002 - 2005-2006

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée



février 2007 et constaté que plus de 30 % des prix unitaires dépassaient les prix correspondants du Formulaire de plus de 100 %. Lorsque nous avons fait part de nos observations au Ministère, la direction des programmes a indiqué que la plupart des demandes au titre du coût pour l'exploitant étaient attribuables aux fabricants de produits médicamenteux dont les prix sur le marché dépassaient les prix du Formulaire. Dans un cas particulier, le prix demandé dépassait de plus de 12 500 % le prix du Formulaire, de sorte que le Ministère a payé presque 2 400 \$ pour des médicaments qui, selon le Formulaire, auraient dû coûter moins de 20 \$. Dans certains cas, le Ministère a mené des enquêtes de suivi et constaté que les prix plus élevés étaient dus à des erreurs de saisie des pharmacies. La direction des programmes a indiqué qu'elle poursuivrait les pharmacies en question afin de récupérer les trop-payés.

Le Ministère a indiqué que, lorsque les fabricants de produits médicamenteux ne se conformaient pas aux prix du Formulaire, il pouvait prendre l'une des mesures suivantes : radier le produit médicamenteux du Formulaire; refuser d'examiner tout autre produit soumis par le fabricant; demander au fabricant de

rembourser les trop-payés. Nos discussions avec le personnel du Ministère révélèrent toutefois que le Ministère n'avait pris aucune des mesures susmentionnées. Bien que cela n'entre pas dans la portée de notre vérification, nous avons appris que le Secrétariat du régime de médicaments était en train d'examiner le processus d'établissement des prix des produits figurant au Formulaire par rapport aux paiements au titre du coût pour l'exploitant.

Des modifications législatives entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2006 limitent l'utilisation des codes d'intervention au titre du coût pour l'exploitant dans le traitement des demandes. Afin de prévoir une période de transition raisonnable, le Ministère a décidé de continuer de payer toutes les demandes au titre du coût pour l'exploitant jusqu'au 1^{er} mars 2007. Après notre vérification, nous avons été informés qu'en juin 2007, le Ministère avait mis en œuvre un processus selon lequel le code d'intervention au titre du coût pour l'exploitant ne serait pas accepté pour le traitement des demandes relatives à des médicaments génériques. Nous croyons comprendre que le Ministère songe à faire de même pour les médicaments de marque.

RECOMMANDATION 3

Pour que les prix demandés qui dépassent les prix du Formulaire ne soient payés que dans les circonstances appropriées, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- surveiller périodiquement les demandes présentées par des pharmacies où les coûts du fabricant dépassent les prix du Formulaire afin d'en confirmer l'exactitude et de vérifier si les demandes sont appuyées par les factures du fabricant;
- prendre des mesures pour récupérer les trop-payés lorsqu'il est déterminé que les demandes sont invalides ou incorrectes et que les fabricants de produits médicamenteux ne se conforment pas aux prix du Formulaire.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a reconnu le problème de la non-conformité aux prix du Formulaire et, dans le cadre des initiatives liées à la *Loi de 2006 sur un régime de médicaments transparent pour les patients*, les règlements ont été modifiés de manière à limiter les demandes au titre du coût pour l'exploitant. Le Ministère a instauré des processus pour empêcher l'utilisation du code d'intervention au titre du coût pour l'exploitant dans le cas des produits interchangeables (génériques) et il est en train de bloquer l'utilisation de ce code pour les produits à fournisseur unique (produits de marque) lorsque des accords de prix ont été conclus et qu'il n'existe pas de produits interchangeables équivalents. Ces demandes sont examinées dans le cadre des inspections courantes et les trop-payés peuvent être récupérés, le cas échéant. Le Ministère a récemment examiné les produits inscrits au Formulaire pour s'assurer que l'information était exacte et à jour, et les produits abandonnés ont été rayés de la liste.

Traitement manuel des demandes sur papier et des reçus pour remboursement

Dans certains cas, les pharmaciens doivent soumettre des demandes sur papier pour traitement, par exemple, lorsque l'ordonnance a été délivrée plus de sept jours auparavant, que le montant total est égal ou supérieur à 10 000 \$, ou qu'il a fallu plus de 99 minutes pour préparer le médicament.

Dans le cadre de notre examen des contrôles applicables aux demandes traitées manuellement, nous avons prélevé un échantillon de demandes manuelles récentes et constaté que plus de 10 % d'entre elles contenaient des erreurs de saisie. Ces erreurs incluaient des frais d'ordonnance incorrects ou entrés dans le mauvais champ, des montants

incorrects demandés pour les médicaments et la non-inclusion des paiements versés par des sociétés d'assurance privées. Comme les demandes traitées manuellement concernent généralement de fortes sommes, un traitement incorrect peut entraîner des coûts importants pour le Programme. Par exemple, parmi les erreurs décrites plus haut, nous avons noté ce qui suit :

- Un paiement de 1 500 \$ a été entré comme 15 000 \$, de sorte que le Programme a payé 13 500 \$ de trop;
- Un paiement d'une assurance privée n'a pas été inclus dans le calcul du montant final de la demande, de sorte que le Programme a payé 5 000 \$ de trop.

Comme il n'y avait pas de processus d'assurance de la qualité en place dans les cas susmentionnés, le personnel du Programme n'a pris conscience de ces trop-payés qu'au moment où nous les avons portés à son attention. Il a indiqué qu'il essaierait de les récupérer.

RECOMMANDATION 4

Pour que toutes les demandes manuelles soient valides et traitées avec exactitude conformément aux exigences des lois et des politiques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit soumettre celles-ci à des examens périodiques d'assurance de la qualité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a instauré un processus d'assurance de la qualité qui lui a permis de réduire les erreurs dans le traitement manuel des demandes sur papier. Il procédera à des examens périodiques afin d'assurer l'intégrité continue des données. Le processus d'assurance de la qualité sera ajusté en conséquence.

Dans les cas susmentionnés, les demandes ont été corrigées et les trop-payés ont été récupérés.

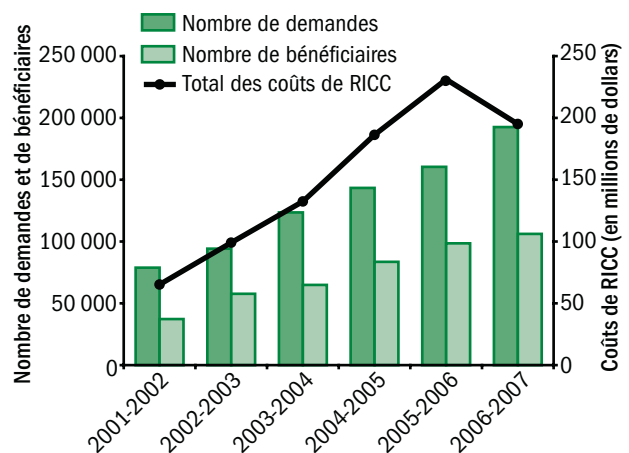
REVUE INDIVIDUELLE DES CAS CLINIQUES

Le processus de revue individuelle des cas cliniques (RICC) permet aux médecins de présenter des demandes de financement au nom de leurs patients admissibles au Programme pour des médicaments qui ne figurent généralement pas au Formulaire. Chaque demande présentée est évaluée séparément par la Section de la RICC, qui compte une quarantaine d'employés à temps plein. Ce processus d'autorisation spéciale a été mis en place pour que les patients aient accès aux médicaments dans des circonstances exceptionnelles lorsque les produits du Formulaire sont inefficaces ou mal tolérés, ou qu'aucun produit de rechange n'est inscrit au Formulaire. Les types de produits demandés comprenaient notamment des anticancéreux, des médicaments hématologiques et des hypoglycémiant oraux.

Les statistiques du Ministère révèlent une augmentation substantielle du nombre de demandes de RICC depuis notre dernière vérification, qui est passé de 84 000 en 2001-2002 à environ 190 000 en 2006-2007 (voir la Figure 6). Cette période a également connu une hausse correspondante du total payé en règlement des demandes de RICC, qui est passé de 65 millions de dollars en 2001-2002

Figure 6 : Nombre de demandes de RICC et de bénéficiaires et total des coûts de RICC, 2001-2002 – 2006-2007

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée



à 195 millions de dollars en 2006-2007. La croissance marquée du nombre de demandes de RICC au cours des six dernières années montre que ce processus, qui était censé traiter les cas exceptionnels, est devenu un moyen courant et exigeant en main-d'œuvre de financer les médicaments qui ne figurent pas au Formulaire.

Conscient de cette augmentation notable, le Ministère a introduit des modifications législatives en 2006 et ajouté la catégorie des inscriptions conditionnelles au Formulaire pour que les patients aient accès à des produits médicamenteux, nouveaux ou existants, dans des conditions précises. Durant la période visée par notre vérification, le Ministère a conclu des ententes de partenariat avec des fabricants de produits médicamenteux et approuvé neuf catégories de médicaments à demande élevée, représentant 33 produits médicamenteux dont beaucoup entrent dans la catégorie des inscriptions conditionnelles, pour inclusion au Formulaire. Nous avons prélevé un échantillon de ces produits et comparé les prix inscrits au Formulaire aux prix sur le marché avant l'inclusion des produits dans le Formulaire. Nous avons constaté que les prix du Formulaire étaient égaux ou inférieurs aux prix payés avant l'inscription des produits.

Le Ministère a estimé que l'inclusion de ces produits dans le Formulaire entraînerait une baisse d'environ 40 000 demandes de RICC par année. Il a toutefois été incapable de fournir un nombre exact parce que le système d'information actuel, même s'il peut assurer le suivi des produits à demande élevée, n'indique pas le problème médical traité par un produit particulier. Comme le Formulaire précise les problèmes médicaux pour lesquels un médicament particulier peut être prescrit, le Ministère devrait suivre les demandes de RICC par type de diagnostic afin de déterminer de façon plus efficace combien de demandes de ce genre il pourrait éliminer en incluant certains produits à demande élevée dans le Formulaire. Comme

chaque demande de RICC est évaluée séparément, une baisse additionnelle des demandes pourrait se traduire par des économies substantielles pour le Ministère et moins de formulaires à remplir pour les médecins prescripteurs.

RECOMMANDATION 5

Pour déterminer de façon plus efficace les produits à demande élevée à inclure dans le Formulaire, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit envisager de surveiller les produits approuvés par revue individuelle des cas cliniques selon le type de diagnostic et le nombre correspondant de demandes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère utilise les données sur les volumes et les coûts pour repérer les produits à demande élevée – qui sont soumis au processus de revue individuelle des cas cliniques – à inclure dans le Formulaire. Ces renseignements font l'objet d'un suivi. Les renseignements diagnostiques sont moins importants pour l'analyse.

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS TRILLIUM

Le Programme de médicaments Trillium (Trillium), introduit en 1995, offre une aide financière aux particuliers et aux familles non admissibles au Programme de médicaments de l'Ontario qui ont des coûts de médicaments élevés comparativement à leur revenu. La période de prestations de Trillium s'étend du 1^{er} août au 31 juillet de l'année suivante. Les bénéficiaires doivent payer une franchise annuelle par versements trimestriels. Le montant de la franchise, déterminé en fonction du nombre de membres et du revenu net du ménage, équivaut généralement à environ 4 % du revenu net total. Après avoir réglé la franchise trimestrielle, les

ménages paient seulement 2 \$ par ordonnance. Toute franchise impayée au cours d'un trimestre donné est ajoutée à la franchise du trimestre suivant. Les coûts de Trillium, qui s'élevaient à 77 millions de dollars au moment de notre dernière vérification en 2000-2001, sont passés à 234 millions en 2006-2007.

En 2006, l'Agence du revenu du Canada a commencé à transmettre des renseignements sur le revenu par voie électronique au Ministère pour qu'il puisse calculer le montant des franchises individuelles. Les particuliers peuvent consentir au transfert électronique des renseignements sur leur revenu. Ceux qui n'accordent pas ce consentement doivent quand même fournir une preuve de revenu acceptable chaque année.

Nous avons examiné le Programme de médicaments Trillium et constaté ce qui suit :

- Plus de 20 % des demandes examinées n'étaient pas accompagnées par une preuve de revenu acceptable et rien n'indiquait que le Ministère ou le tiers fournisseur avait cherché à obtenir la documentation requise.
- Dans notre *Rapport annuel 2001*, nous avons noté que le Ministère n'avait pas cherché à récupérer les franchises trimestrielles non réglées à la fin de l'année de prestations. Les franchises impayées ne faisaient l'objet d'aucun suivi et elles n'étaient pas reportées au premier trimestre de l'année de prestations

suivante. Durant la vérification de 2007, nous avons constaté que le Ministère ne cherchait toujours pas à récupérer les franchises trimestrielles non réglées à la fin de l'année de prestations. Le Ministère ne pouvait pas non plus nous dire combien des 19 300 ménages qui participaient au Programme Trillium et dont les franchises impayées totalisaient 6,1 millions de dollars n'avaient pas payé toutes leurs franchises dans les années antérieures. Ces ménages ont reçu 22,9 millions de dollars en prestations pharmaceutiques en 2005-2006.

- Le Ministère n'avait pas examiné la possibilité de récupérer les montants impayés au cours des années antérieures.

Notre examen des franchises impayées de Trillium au cours de la période écoulée depuis notre dernière vérification en 2000-2001 révèle que les franchises impayées ont augmenté de plus de 700 % tandis que les prestations pharmaceutiques versées aux ménages ayant des franchises impayées ont connu une hausse de 520 % (voir la Figure 7).

En réponse aux constatations de notre vérification de 2000-2001, le Ministère a indiqué qu'il étudierait les façons possibles de réduire ou d'éliminer les paiements insuffisants et de récupérer la fraction non réglée des franchises. Cependant, le Ministère n'a pas encore établi de politique prévoyant le

Figure 7 : Dépenses liées aux demandes des ménages ayant des franchises impayées, 2000-2001 – 2005-2006

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

	Ménages ayant des franchises impayées (en milliers)	Franchises impayées (en millions de dollars)	Prestations pharmaceutiques reçues par ces ménages (en millions de dollars)
2000-2001	5,0	0,75	3,7
2001-2002	7,8	1,45	7,5
2002-2003	8,9	1,75	9,0
2003-2004	9,4	1,96	10,4
2004-2005	14,1	4,00	15,2
2005-2006	19,3	6,10	22,9
Hausse totale, 2000-2001 – 2005-2006 (%)	286	713	519

suivi et la récupération des franchises impayées de Trillium à la fin de l'année de prestations.

RECOMMANDATION 6

Pour que le Programme de médicaments Trillium soit administré conformément aux exigences législatives, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- veiller à ce que les ménages fournissent des preuves de revenu acceptables;
- élaborer et mettre en œuvre les politiques et procédures requises pour que les franchises impayées lui soient versées.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les données sur le revenu fournies par l'Agence du revenu du Canada (ARC) sont utilisées dans le traitement des demandes du Programme Trillium. Lorsque les particuliers visés y consentent, l'ARC assure la transmission électronique des données avec un taux de succès de 96,5 %. Environ 85 % des participants du Programme Trillium consentent à ce transfert.

Le Ministère est en train d'étudier les options législatives, stratégiques et opérationnelles pour le recouvrement des franchises impayées. La législation actuelle ne lui confère pas le pouvoir de reporter les franchises impayées à l'année suivante (la période d'admissibilité au Programme Trillium prend fin le 31 juillet de chaque année).

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS SPÉCIAUX

Le Programme de médicaments spéciaux prend intégralement en charge le coût de certains médicaments utilisés en consultations externes pour le traitement des 12 maladies ou affections désignées dans les règlements pris en application de la *Loi sur*

l'assurance-santé de l'Ontario, dont le VIH, la néphropathie au stade terminal, les troubles de croissance et la schizophrénie. Les bénéficiaires admissibles ne paient ni franchise ni quote-part pour les médicaments obtenus dans le cadre de ce programme. Sont admissibles les résidents de l'Ontario titulaires d'une carte Santé valide qui souffrent d'une des maladies ou conditions couvertes par le programme, qui répondent aux critères cliniques établis et qui ont obtenu d'un établissement désigné, généralement un hôpital, l'autorisation de se procurer un produit médicamenteux particulier.

Les dépenses du Programme s'établissaient à 154 millions de dollars en 2006-2007, soit une augmentation de plus de 40 % par rapport aux 107 millions de dollars dépensés en 2000-2001, année de notre dernière vérification. La hausse enregistrée sur cette période était principalement attribuable à la levée en 2002 du gel, imposé neuf ans plus tôt, de l'ajout de nouveaux médicaments au Programme de médicaments spéciaux.

Traitement et surveillance des demandes visant des médicaments spéciaux

Les hôpitaux soumettent généralement des demandes mensuelles au Ministère afin de se faire rembourser le coût des médicaments spéciaux utilisés pour traiter les bénéficiaires admissibles. Les prix des médicaments payés aux fabricants par les hôpitaux sont soit les prix du marché, soit les prix contractuels négociés entre les fabricants de produits médicamenteux et le Ministère.

Nous avons prélevé un échantillon de demandes soumises par des hôpitaux afin de vérifier si les prix payés étaient égaux ou inférieurs aux prix contractuels maximums négociés par le Ministère. Dans la moitié des cas, les factures des fabricants étaient jointes à la demande et nous étions généralement convaincus que les prix payés étaient conformes aux prix contractuels.

Dans l'autre moitié, cependant, les hôpitaux avaient soumis des rapports générés à l'interne au lieu de fournir les factures des fabricants. Notre examen de ces demandes et des rapports internes des hôpitaux a révélé ce qui suit :

- Les demandes soumises par deux des six grands hôpitaux ne contenaient pas des détails suffisants – comme les quantités achetées ou le prix unitaire payé – pour permettre la comparaison avec les prix contractuels correspondants. Rien n'indiquait par ailleurs que le Ministère avait obtenu les détails nécessaires pour vérifier les prix payés par rapport aux prix contractuels maximums en vigueur. Ces demandes représentaient environ le tiers des demandes que nous avons examinées.
- Dans les deux tiers restants, comme il n'y avait généralement pas de contrats stipulant les prix négociés, il était impossible de vérifier les détails indiqués dans les rapports internes des hôpitaux. Dans le cas des produits non couverts par contrat, nous avons remarqué que le prix d'un médicament particulier avait augmenté de 25 % en trois mois et qu'un hôpital avait payé 40 % de plus pour un médicament que le prix payé par un autre hôpital trois mois plus tôt. Dans un cas où des prix contractuels étaient en place, nous avons constaté que les prix unitaires payés dépassaient les prix contractuels de 15 %. Comme les responsables du Programme de médicaments spéciaux n'ont pas analysé les demandes soumises par les hôpitaux, il était impossible de déterminer si les prix plus élevés étaient raisonnables.

Rien n'indiquait que le Ministère avait demandé de plus amples détails afin de justifier les prix demandés ou de vérifier l'exactitude et la validité de l'information soumise par les hôpitaux.

Nous avons également noté qu'on utilisait deux formules différentes pour calculer les montants à rembourser aux hôpitaux. Certaines demandes

étaient remboursées en fonction des médicaments spéciaux achetés tandis que, dans d'autres cas, le remboursement dépendait de l'utilisation effective des médicaments spéciaux par les patients externes. Comme la plupart des produits ont une date de péremption, on pourrait s'attendre à ce que les remboursements basés sur l'utilisation effective des médicaments encouragent les hôpitaux à mieux contrôler et gérer leurs stocks de médicaments. Au moment de notre vérification, cependant, le Ministère n'avait pas déterminé quelle méthode de remboursement favoriserait de meilleures pratiques de gestion des stocks et lui permettrait ainsi de réaliser des économies.

RECOMMANDATION 7

Afin de réduire au minimum le coût des médicaments spéciaux utilisés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- élaborer et mettre en œuvre des politiques et procédures appropriées et cohérentes concernant le Programme de médicaments spéciaux qui précisent les renseignements requis à l'appui des demandes, dont les quantités achetées et les prix unitaires payés, ainsi que la méthode de remboursement acceptable;
- envisager de conclure d'autres contrats avec des sociétés pharmaceutiques afin d'obtenir de meilleurs prix pour les médicaments spéciaux;
- envisager des examens périodiques des documents justificatifs des hôpitaux afin de vérifier l'exactitude et la validité des montants demandés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère s'emploie à élaborer des politiques et procédures cohérentes pour le Programme de médicaments spéciaux. Un processus a été engagé avec les hôpitaux afin de normaliser

les pratiques de facturation. Les contrats, qui ressemblent aux ententes conclues avec les fabricants afin d'établir les prix des produits inscrits au Formulaire, pourraient constituer un modèle convenable permettant au Programme de médicaments spéciaux de contrôler les prix des produits qu'il finance.

INSPECTIONS ET VÉRIFICATIONS

Les principaux objectifs de l'unité d'inspection sont de coordonner et d'appuyer la vérification après paiement, à l'échelle de la province, des comptes des pharmaciens, des propharmaciens et d'autres fournisseurs qui servent les personnes admissibles aux prestations pharmaceutiques et de veiller à ce que les demandes soumises au programme et payées par lui soient conformes à la législation et au manuel des politiques et procédures d'inspection du Ministère. Les trop-payés repérés lors des vérifications d'inspection seront récupérés. En 2005-2006, l'unité d'inspection a effectué environ 110 vérifications d'inspection sur le terrain et repéré plus de 1 million de dollars en trop-payés recouvrables.

Nos vérifications de 1996 et de 2001 soulevaient d'importantes préoccupations concernant le manque de ressources d'inspection ministérielles, l'absence de plans prévoyant une utilisation efficiente des ressources limitées et la portée insuffisante des inspections.

Durant la vérification de 2007, nous avons constaté que nos préoccupations antérieures touchant les inspections n'avaient pas encore été réglées, comme il est noté dans les sections qui suivent.

Ressources en matière d'inspection et portée des inspections

Dans notre *Rapport annuel 2001*, nous exprimions des préoccupations au sujet des ressources d'inspection limitées du Ministère; celui-ci a répondu qu'il

examinerait les ressources en place pour inspecter les pharmacies. Le Comité permanent des comptes publics a également recommandé que le Ministère examine ses ressources en matière d'inspection d'ici la fin de 2004, puis qu'il lui présente un rapport sur les résultats de cet examen et les mesures qu'il compte prendre en conséquence. La vérification de 2007 a révélé que le nombre de demandes avait augmenté d'environ 80 % entre 2000-2001 et 2006-2007, passant de 50 millions à environ 90 millions, mais que l'examen recommandé par le Comité n'avait pas été fait. Au cours de la même période, le nombre d'inspecteurs à temps plein a été ramené de cinq à trois.

Nous avons constaté que le Ministère avait effectué une centaine d'inspections en 2006-2007, ce qui correspond à environ 3 % du nombre total de fournisseurs en Ontario. À ce rythme, chaque fournisseur sera vérifié à peu près tous les 30 ans – comparativement à tous les 10 ans au moment de notre dernière vérification. Cela est très préoccupant, car la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* exige seulement des pharmaciens qu'ils conservent certains documents pour une période d'au moins deux ans. Étant donné la faible fréquence des vérifications, les documents conservés pour la période minimale requise ne seraient sans doute pas disponibles au moment de l'inspection.

Le Ministère n'a pas non plus préparé de plan global prévoyant le nombre et le type de vérifications d'inspection à effectuer. Un tel plan faciliterait la répartition du travail entre les membres du personnel d'inspection.

Sélection des fournisseurs à inspecter

Pour utiliser les ressources d'inspection disponibles de la façon la plus efficiente et efficace possible, le Ministère doit sélectionner pour vérification les fournisseurs qui lui offrent les plus grandes chances d'atteindre son objectif de repérer et de recouvrer les trop-payés. Pour ce faire, le Ministère doit

utiliser un processus de sélection qui lui permet de cibler les fournisseurs à risque élevé afin de détecter les abus, de récupérer les trop-payés et d'exercer un effet dissuasif. Au moment de notre vérification, le Réseau avait la capacité d'extraire des données en fonction de certains facteurs de risque, mais le Ministère n'utilisait pas cette capacité de manière systématique dans toute la province. Il comptait plutôt sur les plaintes et les renvois.

Au cours de notre vérification, nous avons repéré certaines pratiques à risque élevé qui justifiaient des inspections plus fréquentes. Par exemple, comme il est mentionné plus haut, lorsqu'une personne dont le nom ne figure pas dans le Réseau lui présente une carte d'assurance-médicaments valide, le pharmacien peut entrer un code de dérogation dans le système pour que la personne en question soit temporairement admissible à l'assurance-médicaments. Afin d'évaluer les efforts déployés par l'unité d'inspection pour examiner les cas de dérogation, nous avons prélevé un échantillon de fournisseurs qui avaient accumulé un nombre élevé de dérogations, allant de 500 à plus de 10 000, durant l'exercice 2005-2006. Nous avons constaté qu'environ la moitié de ces organismes n'avait pas été inspectée depuis notre dernière vérification en 2000-2001. L'autre moitié avait été inspectée, et le Ministère a repéré des trop-payés dans tous les cas. Cependant, rien n'indiquait que ces trop-payés étaient liés aux examens de la validité et du bien-fondé de la pratique consistant à accorder l'admissibilité, qui pourraient aider à repérer d'autres paiements en trop.

Une autre pratique à risque élevé concernait les fournisseurs qui divisent les quantités prescrites de façon à exécuter plus d'ordonnances et à facturer ainsi des frais additionnels. Nous avons donc examiné les données disponibles sur 20 fournisseurs qui, en 2005-2006, avaient délivré aux bénéficiaires une quantité moyenne de médicaments équivalant à moins de trois jours de traitement. Notre examen a révélé qu'un seul de ces fournisseurs avait été

inspecté sur une période de plus de six ans. Dans le cadre de la vérification de 2007, nous avons demandé à observer une inspection sur le terrain. Conjointement avec le Ministère, nous avons choisi d'inspecter un fournisseur affichant un nombre élevé de demandes par bénéficiaire. L'inspection a permis de repérer des trop-payés récupérables d'environ 270 000 \$, attribuables pour plus de 240 000 \$ à des frais d'ordonnance invalides.

Examen des dossiers d'inspection

Il y a trois types d'inspections : les inspections courantes, qui portent sur un échantillon représentatif de demandes; les inspections approfondies, qui ciblent certaines demandes par suite d'allégations précises ou d'écarts notables dans les statistiques sur les paiements; et les inspections spécifiques, dont la portée se limite à un type particulier de demande. Les inspecteurs doivent fournir une documentation exacte et complète à l'appui de leur travail et des montants récupérés en conséquence.

Nous avons examiné un échantillon de dossiers d'inspection couvrant les exercices 2004-2005 à 2006-2007 et constaté ce qui suit :

- Aucun des dossiers d'inspection courante que nous avons examinés n'indiquait que tous les types de demandes avaient été soumis à des essais, comme l'exige le manuel des politiques et procédures de l'unité d'inspection. Par exemple, dans plus de 80 % des dossiers examinés, les inspecteurs n'avaient pas vérifié la validité des dérogations aux critères d'admissibilité en examinant les cartes d'assurance-médicaments, bien que le manuel exige de l'unité d'inspection qu'elle surveille de près l'utilisation de ces dérogations. De plus, dans la moitié des dossiers examinés, rien n'indiquait qu'on avait vérifié si la délivrance de médicaments de marque plus coûteux que leurs équivalents génériques était justifiée.

- Il n'y avait pas de programmes de vérification standard par type d'inspection, ce qui aurait pu contribuer au fait que, dans tous les dossiers examinés, la documentation était incomplète ou manquait d'uniformité. Par exemple, certains dossiers contenaient un résumé des procédures d'inspection et des résultats de l'examen, tandis que d'autres restaient muets sur les procédures d'inspection ou les contrôles effectués. Étant donné le manque de documentation, il est difficile de déterminer si les travaux réalisés étaient complets et appropriés.
- Selon le manuel des politiques et procédures de l'unité d'inspection, les inspecteurs doivent faire preuve de jugement pour déterminer s'il convient de poursuivre l'enquête ou de prendre des mesures correctives et pour estimer le degré de surveillance nécessaire. Le Ministère n'avait toutefois pas élaboré de lignes directrices ou de critères pouvant aider les inspecteurs à identifier les situations justifiant un suivi. Par exemple, notre examen des dossiers d'inspection et nos discussions avec les inspecteurs révélaient que ceux-ci n'avaient pas l'habitude d'assurer un suivi.
- Il n'y avait pas de normes concernant la durée des inspections selon le type et la taille des fournisseurs. Aucun des dossiers d'inspection que nous avons examinés n'indiquait le temps consacré aux inspections. En discutant avec chacun des inspecteurs responsables des dossiers, nous avons découvert que la durée des inspections allait d'un minimum de moins d'un jour à un maximum de 26 jours, la moyenne étant de 9,5 jours. Le Ministère n'assurait pas non plus une surveillance formelle de la charge de travail accomplie par les inspecteurs afin de repérer les points à améliorer. Nous avons examiné les données d'inspection pour 2006-2007 et constaté que la charge de travail variait beaucoup :

un inspecteur avait mené 10 inspections et détecté 75 000 \$ en trop-payés, tandis qu'un autre avait effectué 59 inspections et repéré 680 000 \$ en trop-payés.

- Notre examen des dossiers d'inspection révélait que les lacunes dans les travaux d'inspection et la qualité de la documentation à l'appui étaient attribuables en partie à un manque de formation. Nous avons noté que le personnel d'inspection recevait surtout sa formation en assistant à des conférences sur la fraude et à des cours sur la loi en matière de protection de la vie privée. En outre, il arrivait parfois qu'un inspecteur demande la permission d'assister à un séminaire de pharmacologie ou à une autre séance d'information qui l'intéressait. Les inspecteurs étaient tous des pharmaciens, mais ils ne recevaient aucune formation structurée sur les différents aspects des vérifications, dont l'évaluation des risques, l'élaboration des programmes d'inspection, les critères de sélection, la préparation des dossiers et les exigences en matière de suivi.

En ce qui concerne le recouvrement des trop-payés auprès des fournisseurs, la politique du Ministère permet aux fournisseurs de rembourser les sommes dues par versements et au Ministère d'imposer des frais d'intérêts sur ces versements. Nous avons toutefois constaté que le Ministère n'avait jamais infligé de pénalités d'intérêt sur des versements. De plus, bien que le Ministère puisse tenter des poursuites judiciaires contre les fournisseurs qui commettent des infractions désignées dans la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, il a rarement recours à cette option pour décourager la récidive. Les dossiers examinés révélaient des cas dans lesquels les trop-payés repérés étaient attribuables aux pratiques dénoncées à la suite d'une inspection antérieure du même fournisseur.

RECOMMANDATION 8

Pour promouvoir des inspections rigoureuses et efficaces qui encouragent une conformité continue, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- examiner les ressources en personnel d'inspection et élaborer un plan de vérification global afin de mettre en place des ressources d'inspection suffisantes à l'échelle de la province;
- sur une base régulière et systématique, sélectionner les fournisseurs à inspecter en fonction de facteurs de risque appropriés;
- offrir aux inspecteurs une formation structurée permanente sur les différents aspects des vérifications, dont l'évaluation des risques, l'élaboration des programmes d'inspection, la préparation des dossiers et de la documentation et les exigences en matière de suivi;
- décourager la récidive en appliquant les pénalités prévues dans la loi.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère apprécie le travail de ses inspecteurs. Des travaux sont en cours pour augmenter les ressources affectées à l'inspection des pharmacies. Dans le cadre de ces travaux, le Ministère se penchera sur les qualifications et les exigences en matière de formation permanente applicables à son personnel d'inspection des pharmacies. Diverses mesures d'assurance de la qualité sont en place pour examiner le travail des inspecteurs. Les membres de l'équipe se réunissent régulièrement pour discuter des changements aux programmes et désigner les fonctions de vérification à l'appui de ces changements. Le Ministère continue d'appuyer la formation permanente des inspecteurs. Dans presque tous les cas, les pharmaciens acceptent les constatations de la vérification et les montants à recouvrer. Le chef d'équipe examine les résultats de chaque

inspection. Les problèmes majeurs sont passés en revue avec la direction.

Les plans annuels d'inspection et de rendement sont établis par la direction. Des inspections ciblées peuvent être effectuées en fonction de priorités qui ne sont pas mentionnées dans les plans annuels. La durée des inspections varie selon la taille des pharmacies et la complexité des inspections. Un modèle standard de documentation de la portée, de la méthodologie et des constatations de la vérification sera créé.

Lorsque le Ministère détermine qu'une demande est inappropriée, il prend des mesures pour récupérer le montant remboursé par suite de cette demande. Il s'agit d'un moyen de dissuasion efficace. Les activités frauduleuses potentielles sont signalées à la Police provinciale de l'Ontario et suivies par le Ministère. Les problèmes liés aux pratiques professionnelles sont soumis à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

SÉLECTION CONCURRENTIELLE DES FOURNISSEURS

Système du réseau de santé

Les directives du Conseil de gestion stipulent que les services doivent être acquis en régime de concurrence au moyen d'un processus équitable, ouvert et transparent afin de réduire au minimum le risque de dépendance excessive à l'égard d'un seul fournisseur et d'obtenir les services au meilleur coût pour le contribuable.

Dans notre *Rapport annuel 2001*, nous exprimions des préoccupations concernant la reconduction du contrat pour le développement et la maintenance du Système du réseau de santé (le Réseau), que le Ministère avait négociée auprès du même fournisseur depuis 1993 sans lancer d'appel à la concurrence. Son plus récent contrat – pour une durée de cinq ans et à un coût total de 63 millions

de dollars, soit environ 12,6 millions de dollars par année en moyenne – était censé venir à expiration en novembre 2005. Le Ministère a indiqué qu'il ferait faire une évaluation du Réseau en 2003 afin de déterminer les services fournis et les options pour l'avenir. Cependant, comme cette évaluation n'a pas eu lieu en 2003, le Ministère a demandé puis reçu l'autorisation du Conseil de gestion de prolonger le contrat avec le même fournisseur de 24 mois supplémentaires, allant de novembre 2005 à novembre 2007, à un coût d'environ 26 millions de dollars. Au cours de la période de 24 mois, le Ministère a engagé un expert-conseil de l'extérieur pour qu'il évalue les exigences contractuelles. Après avoir pris connaissance des résultats de l'examen, le Ministère a décidé de fournir lui-même certains des services visés par l'ancien contrat.

Durant la vérification de 2007, nous avons remarqué que le Ministère avait récemment lancé un appel d'offres concurrentiel pour l'acquisition de services à l'appui du Réseau et qu'il avait signé un contrat d'une durée de six ans avec un nouveau fournisseur. Le contrat, d'une valeur d'environ 28 millions de dollars, est entré en vigueur en novembre 2006 – la première année devant être consacrée à la transition entre l'ancien et le nouveau fournisseur – et est censé prendre fin en novembre 2012. Le Ministère a l'option de prolonger le contrat pour deux autres périodes de deux ans. Ce processus de sélection concurrentiel permettra au Ministère de réaliser d'importantes économies.

Programme de médicaments Trillium et Programme de la quote-part pour les personnes âgées

Le Ministère impartit l'administration du Programme de la quote-part pour les personnes âgées depuis 1996. En 2004-2005, le Ministère a évalué ses options relativement à l'administration du Programme de médicaments Trillium et, en se fondant sur les résultats de cette évaluation, il a

décidé d'impartir également l'administration de Trillium. Le Ministère a lancé un appel d'offres concurrentiel pour l'administration conjointe du Programme de la quote-part pour les personnes âgées et du Programme de médicaments Trillium. En juin 2006, il a signé un contrat de trois ans pour l'administration des deux programmes avec le fournisseur retenu. Ce contrat prévoit une option de renouvellement pour deux périodes de prolongation d'un an, à un prix maximum global d'environ 12 millions de dollars sur cinq ans. Nous étions satisfaits du processus concurrentiel utilisé par le Ministère pour choisir le fournisseur.

GESTION DU CONTRAT

Le contrat conclu en 1996 pour l'administration par un tiers du Programme de la quote-part pour les personnes âgées prévoyait des normes de rendement par rapport auxquelles le Ministère mesurerait les activités effectives du fournisseur, comme le traitement des reçus et des demandes. Le contrat spécifiait également les tarifs à facturer pour ces activités et permettait des vérifications d'inspection dans les locaux du fournisseur afin de vérifier l'exactitude des montants facturés. Aux termes du nouveau contrat portant sur l'administration conjointe du Programme de la quote-part pour les personnes âgées et du Programme de médicaments Trillium, le Ministère se réserve le droit de surveiller la gestion du contrat pour s'assurer que les niveaux de service offerts sont adéquats et qu'il ne paye pas trop cher.

Nous avons inspecté les locaux du Ministère et du tiers fournisseur et constaté ce qui suit :

- Avant notre vérification, le Ministère n'avait jamais effectué d'inspections dans les locaux du fournisseur afin de vérifier la validité et l'exactitude des montants facturés chaque mois. Nous avons donc visité ces locaux afin d'examiner les documents justificatifs du fournisseur pour un échantillon de factures.

Nous avons trouvé des cas où les documents en question ne concordaient pas avec les montants facturés. Par exemple, nous avons noté des écarts dans les documents justificatifs existants pour chacun des quatre jours examinés. Une journée en particulier, le Ministère s'est vu facturer environ 1 130 \$ de trop. Bien que ce trop-payé ne soit pas très important, le total des montants payés en trop jour après jour pourrait être considérable.

- Le Ministère n'a pas effectué de rapprochement indépendant de ses données avec les données déclarées par des tiers, dont celles concernant les nouvelles demandes, les demandes de renouvellement et les reçus traités.

Au moment de notre vérification, le Ministère nous a informés qu'il s'employait à évaluer et à élaborer un processus d'examen périodique pour les vérifications d'inspection sur place, et qu'il était en train d'examiner et de définir les exigences en matière d'information en vue de la production de rapports ministériels à des fins de rapprochement. Le Ministère a entrepris des examens sur place au cours de notre vérification.

RECOMMANDATION 9

Pour que le tiers administrateur du Programme de médicaments Trillium et du Programme de la quote-part pour les personnes âgées respecte les modalités de son contrat, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- vérifier régulièrement les dossiers et documents justificatifs du tiers administrateur afin de confirmer l'exactitude et la validité des montants facturés;
- mettre au point et produire les rapports ministériels nécessaires pour faciliter le rapprochement des montants facturés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

En 2006, le Ministère a confié le Programme de médicaments Trillium à un fournisseur pour qu'il l'administre conjointement avec le Programme de la quote-part pour les personnes âgées. Une fois la transition terminée, le Ministère a lancé un projet en novembre 2006 afin de prévoir et de mettre en œuvre des inspections et vérifications régulières du traitement par le fournisseur des demandes et des factures. Les rapports provisoires sur ces travaux ont été transmis au vérificateur général. Les inspections ont commencé en février et mars 2007, et les outils de déclaration visant à documenter les résultats des inspections et les mesures prises à l'endroit du fournisseur ont été mis en œuvre en juillet 2007.

Le Ministère est en train de préciser ses exigences en matière de rapports afin de faciliter le rapprochement des factures.

GESTION DU RENDEMENT

Chaque année, le Ministère prépare une fiche de rendement contenant des renseignements statistiques sur tous les aspects de l'Activité des programmes de médicaments. Nous avons remarqué que le Ministère avait mis en place diverses normes de rendement pour le travail effectué par des tiers fournisseurs afin de mesurer et de déclarer :

- les délais de traitement des demandes, dont des normes relatives à la tolérance des temps d'arrêt, au temps de réponse par transaction et au cycle de paye;
- l'efficacité du service de dépannage dans la fourniture de divers types de soutiens aux fournisseurs, dont le temps maximum de réponse aux demandes de renseignements par téléphone, la durée moyenne des appels et le pourcentage moyen d'appels abandonnés permis chaque jour;

- l'évaluation de l'admissibilité au Programme de médicaments Trillium et au Programme de la quote-part pour les personnes âgées, dont les normes de traitement des reçus pour remboursement, le temps maximum de traitement des demandes et le pourcentage acceptable d'erreurs de traitement.

Par contraste, nous avons noté que le Ministère n'avait pas de normes de rendement en place pour le travail effectué à l'interne afin de surveiller la qualité des services et la vérification après paiement, dont les normes relatives à la charge de travail en matière d'inspection mentionnées plus haut. Bien qu'il existe une norme de correspondance ministérielle à cet égard, nous avons constaté que le temps de réponse aux plaintes et aux demandes de renseignements dépassait la norme du Ministère de 11 jours en moyenne. Nous avons également constaté que les plaintes et les demandes de renseignements reçues au sujet des pratiques des pharmacies n'étaient pas consignées afin de permettre le suivi du type de plainte ou de la mesure prise par le Ministère. Un tel système de suivi permettrait au Ministère d'analyser l'information afin de repérer toute tendance ou préoccupation commune qui pourrait demander une attention plus focalisée sur un point particulier ou nécessiter des modifications législatives ou stratégiques.

RECOMMANDATION 10

Pour mieux surveiller et évaluer la capacité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à atteindre ses objectifs, le Ministère doit :

- mesurer et déclarer régulièrement les résultats effectifs par rapport aux normes de rendement, en veillant à ce que les écarts soient comblés en temps opportun;
- se conformer à ses normes de correspondance dans le traitement des plaintes et prendre des mesures correctives lorsque le temps de réponse dépasse ses normes;
- surveiller et analyser les types de plaintes et de demandes de renseignements reçues au sujet des pratiques des pharmacies afin de déterminer les mesures correctives à prendre ou les améliorations à apporter.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est en train de définir des normes de rendement pour le traitement des demandes de revue individuelle des cas cliniques. Il a déjà mis en place des lignes directrices concernant le traitement des demandes urgentes et semi-urgentes.

Un système de suivi conjoint pour la Direction de l'examen de l'admissibilité des cas individuels et les Programmes publics de médicaments de l'Ontario est en place pour aider à assurer la conformité aux normes de correspondance et de gestion des dossiers.

Un processus plus formel de suivi des plaintes concernant les pratiques des pharmacies sera mis en œuvre.