

Diversification des modes de financement pour les médecins de famille

Contexte

Les résidents de l'Ontario sont admissibles à une protection-santé financée par le gouvernement provincial au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé). Traditionnellement, la rémunération des médecins de soins primaires (aussi appelés médecins de famille) pour la prestation de services médicaux se faisait sous forme d'honoraires normalisés pour chaque service offert, appelés paiements à l'acte au titre de l'Assurance-santé. Les services médicaux couverts et les honoraires normalisés payables sont détaillés dans la liste des prestations de l'Assurance-santé.

Les modes de financement (ou plans de diversification des modes de financement) des médecins de famille ont été mis en oeuvre il y a longtemps, mais depuis dix ans, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) y a de plus en plus recours pour, entre autres, améliorer l'accès des patients aux soins et stabiliser le revenu des médecins. Aux termes de nombreux plans, au lieu de recevoir des honoraires pour chaque service rendu, le médecin reçoit une rémunération annuelle (paiement par capitation) pour la prestation de services couverts auprès de chaque patient qui accepte de le consulter comme médecin de famille habituel. (Ces patients sont alors considérés comme « inscrits »

auprès du médecin.) Les services non couverts par le paiement par capitation, y compris les services fournis à des patients non inscrits, peuvent généralement être facturés à l'acte. En 2011, on comptait 17 types de plans de diversification des modes de financement s'appliquant aux médecins de famille, chacun assorti d'une structure de paiement distincte, dont 12 visaient les médecins qui traitent une population spécialisée, par exemple les femmes enceintes ou les patients recevant des soins palliatifs.

Les plans de diversification des modes de financement sont généralement établis et modifiés par l'Entente sur les services de médecin conclue entre le Ministère et l'Ontario Medical Association (OMA), qui négocie au nom des médecins de l'Ontario. Cette entente, négociée tous les quatre ans depuis 2000, détaille les services que les médecins sont tenus de fournir et la rémunération que le gouvernement provincial leur verse pour les services rendus.

À la fin de l'exercice 2009-2010, plus de 7 500 des quelque 12 000 médecins de famille de la province participaient à des plans de diversification des modes de financement, et plus de neuf millions d'Ontariens étaient inscrits auprès de ces médecins. Le financement total pour tous les médecins de famille a augmenté de 32 % en trois ans, passant de 2,8 milliards de dollars en 2006-2007 à 3,7 milliards en 2009-2010. Des 3,7 milliards de dollars

versés aux médecins de famille ontariens en 2009-2010, plus de 2,8 milliards étaient destinés aux médecins participant à des plans de diversification des modes de financement, dont 1,6 milliard était lié à des paiements autres qu'à l'acte, par exemple les paiements annuels par capitation.

Objectif et portée de la vérification

Cette année, notre bureau a effectué deux vérifications des modes de financement (plans de diversification des modes de financement) des médecins. La vérification dont il est question dans la présente section porte sur les plans visant les médecins de famille, alors que la vérification présentée à la section 3.07 est axée sur les médecins spécialistes. Notre vérification visait à déterminer si le Ministère avait mis en place des mécanismes et des processus pour surveiller les plans de diversification des modes de financement et déterminer s'ils permettaient aux Ontariens d'avoir rapidement accès à un médecin de famille de façon rentable. L'objectif de la vérification et les critères établis ont été examinés et approuvés par les hauts fonctionnaires du Ministère.

Vu le nombre de plans de diversification des modes de financement mis en place pour les médecins de famille, notre vérification portait principalement sur les plans visant les groupes de santé familiale (GSF), les organismes de santé familiale (OSF) et, dans une moindre mesure, les réseaux de santé familiale (RSF). En 2010-2011, plus de 90 % des médecins de famille participant à un plan de diversification des modes de financement et plus de 90 % des patients inscrits étaient rattachés à l'un de ces trois types de plan.

Nous avons effectué notre travail de vérification principalement aux bureaux de la Direction des soins primaires du Ministère à Kingston et à Toronto. Dans notre vérification, nous avons

examiné des documents pertinents et analysé l'information, nous nous sommes entretenus avec le personnel compétent du Ministère et nous avons passé en revue les études pertinentes menées en Ontario et dans d'autres administrations. De plus, nous avons eu recours à différentes techniques de vérification informatisées (TVI) pour analyser les données sur l'inscription des patients, les demandes de paiement pour soins médicaux et les dossiers d'inscription des médecins. Nous avons aussi examiné les travaux menés par l'équipe des services de vérification interne du Ministère et, lorsqu'ils étaient pertinents, nous les avons utilisés.

Résumé

Le Ministère a réalisé des progrès à l'égard de son objectif d'augmenter le nombre d'Ontariens ayant un médecin de famille en offrant aux médecins des incitatifs financiers pour les encourager à passer du modèle traditionnel de rémunération à l'acte à un plan de diversification des modes de financement (ces plans touchent principalement les cabinets comptant plusieurs médecins). Plus de 90 % des médecins de famille qui participent à ces plans reçoivent des paiements en fonction du nombre de patients inscrits auprès d'eux ainsi que des incitatifs et des primes supplémentaires auxquels n'ont pas accès les médecins payés selon le modèle traditionnel de rémunération à l'acte. Les paiements versés aux médecins de famille au titre de ces plans ont plus que doublé en trois ans, passant d'environ 750 millions de dollars en 2006-2007 à plus de 1,6 milliard en 2009-2010. Durant cette période, le nombre de médecins participant à un plan de diversification des modes de financement a augmenté de 11 %, alors que le nombre de patients inscrits dans un cabinet de médecins participants s'est accru de 24 %, totalisant plus de neuf millions d'Ontariens.

Même si le Ministère voulait que les plans de diversification des modes de financement soient plus généreux que le modèle traditionnel de

rémunération à l'acte, il n'a pas fait de suivi des coûts totaux associés à chacun de ces plans depuis 2007-2008. À cette époque, la plupart des médecins de famille qui participaient à ces plans étaient payés au moins 25 % de plus que leurs collègues rémunérés à l'acte. En 2009-2010, 66 % des médecins de famille participaient à un plan de diversification des modes de financement et recevaient 76 % du montant total de la rémunération versée à l'ensemble des médecins de famille. Le Ministère a mis en branle quelques initiatives, mais n'a pas encore effectué d'analyse officielle pour déterminer si les avantages attendus des plans de diversification des modes de financement plus coûteux se sont concrétisés.

Les types de paiements versés aux termes des plans de diversification des modes de financement sont nombreux et complexes, ce qui rend difficile pour le Ministère la surveillance de la rémunération versée aux médecins au titre de ces plans et de la mesure dans laquelle les médecins ont effectivement fourni les services prévus dans leur plan. Le Ministère a besoin de renseignements plus détaillés pour déterminer si les plans de diversification des modes de financement améliorent de façon rentable l'accès des Ontariens à des médecins de famille et pour se préparer convenablement aux négociations avec l'OMA qui auront lieu en 2012.

Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- En plus des plans de diversification des modes de financement, le Ministère a mis sur pied d'autres initiatives pour aider les Ontariens à trouver un médecin de famille. Le Ministère a estimé, en se fondant sur les résultats d'un sondage mené à sa demande, que grâce à ces initiatives, le nombre d'Ontariens ayant un médecin de famille avait augmenté de 500 000 entre 2007 et 2010. Toutefois, selon les répondants, les temps d'attente pour voir un médecin n'ont pas beaucoup changé au cours des dernières années.
- D'après les données pour l'exercice 2007-2008 (les plus récentes accessibles au moment de notre vérification), les médecins de famille rémunérés aux termes des plans de diversification des modes de financement pour les groupes de santé familiale (GSF) et les organismes de santé familiales (OSF) gagnaient en moyenne entre 376 000 \$ et 407 000 \$ (revenu à partir duquel ils doivent payer leurs frais généraux), ce qui correspond à une rémunération de plus de 25 % supérieure à celle que gagne en moyenne un médecin de famille payé selon le modèle traditionnel de rémunération à l'acte.
- Le Ministère a mis en place des mécanismes de contrôle adéquats pour s'assurer qu'aucun patient ne soit inscrit auprès de plus d'un médecin de famille et il était généralement à jour dans le traitement des inscriptions et des désinscriptions des patients auprès des médecins de famille.
- Des 8,6 millions de patients inscrits auprès d'un OSF ou d'un GSF, 1,9 million (22 %) n'avaient pas consulté leur médecin en 2009-2010, alors que les médecins dans ces pratiques ont reçu au total 123 millions de dollars simplement parce que ces patients étaient inscrits auprès d'eux. En outre, près de la moitié de ces patients ont consulté un autre médecin, consultations que l'Assurance-santé a payées.
- Même si beaucoup plus d'Ontariens sont actuellement inscrits auprès de cabinets comptant plusieurs médecins aux termes des nouveaux plans de diversification des modes de financement qu'en 2006-2007, la période d'attente pour voir un médecin de famille en cas de maladie n'a pas changé. D'après les résultats du sondage effectué par le Ministère, même si plus de 40 % des patients réussissaient à voir leur médecin dans les 24 heures, les autres devaient attendre jusqu'à une semaine ou plus.
- Le paiement annuel par capitation pour chaque patient inscrit auprès d'un OSF peut être de 40 % supérieur à celui pour les patients inscrits auprès d'un RSF, parce que les plans des OSF couvrent près de deux fois plus de services. Néanmoins, en 2009-2010, 27 % de tous

les services fournis aux patients rattachés à un OSF n'étaient pas couverts par le plan, et le Ministère a versé 72 millions de dollars de plus aux médecins pour la prestation de ces services. Trente pour cent de ces services concernaient l'administration de vaccins contre la grippe et des services techniques relatifs à des tests Pap, pourtant le Ministère n'a toujours pas déterminé s'il était plus rentable d'intégrer ces services et d'autres services médicaux courants au paiement annuel par capitation.

- Les taux des paiements par capitation en Ontario, qui sont comparables à ceux des autres provinces canadiennes, sont fondés seulement sur l'âge et le sexe du patient et ne tiennent pas compte de son état de santé ni de ses besoins en matière de soins. En conséquence, les médecins reçoivent les mêmes honoraires pour les patients en santé (qui ont besoin de peu ou pas de services médicaux durant l'année) que pour les patients de même âge et sexe qui ont plusieurs problèmes de santé. Cette situation peut inciter les médecins à désinscrire les patients exigeant plus de soins médicaux, puisqu'ils peuvent toucher une rémunération supérieure en fournissant des soins à ces patients selon le modèle traditionnel de paiement à l'acte.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée accueille favorablement les conseils formulés dans la vérification de l'optimisation des ressources. Le vérificateur reconnaît les progrès réalisés à l'égard de l'objectif d'accroître le nombre d'Ontariens ayant accès à un médecin de famille. Comme le souligne le vérificateur, les changements d'envergure apportés aux modes de financement traditionnels des médecins de famille étaient accompagnés d'un éventail d'incitatifs et de primes.

La réforme des soins de santé primaires constitue l'une des principales priorités

du gouvernement depuis le milieu des années 1990. Dans le cadre de ses initiatives de réforme, le Ministère a collaboré avec l'OMA afin d'élaborer et de promouvoir des plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille afin de régler les problèmes d'accès des patients. Depuis 1998, le Ministère, en collaboration avec l'OMA, a mis sur pied de nouveaux modèles de rémunération et modifié les modèles existants afin de promouvoir la participation des médecins de famille et d'atteindre les résultats souhaités dans le secteur des soins primaires. En date de septembre 2011, le succès de ces modèles est clair : 7 739 médecins ontariens appartenant à 731 groupes fournissent aujourd'hui des soins primaires à 9,6 millions d'Ontariens inscrits. Beaucoup de ces groupes font aussi partie d'équipes de santé familiale et collaborent avec des infirmières, des infirmières praticiennes, des travailleurs sociaux et d'autres intervenants. Les résultats d'une évaluation préliminaire indiquent que les Ontariens sont satisfaits des changements apportés. Toutefois, à mesure que le Ministère met en oeuvre ses initiatives de réforme des soins primaires, il importe d'équilibrer les besoins des médecins de la province et ceux des patients ainsi que de rendre des comptes aux contribuables.

Certains aspects des modèles de rémunération traduisent les conclusions des premières réflexions à propos de la façon dont les incitatifs peuvent encourager la participation des médecins de famille et améliorer les soins préventifs et les soins primaires complets. L'évaluation officielle approfondie de ces modèles offrira l'occasion de les rajuster en fonction de l'expérience et des études réalisées. La stabilité que procure notre stratégie gagnante pour inciter un grand nombre de médecins à participer aux plans de diversification des modes de financement nous permettra en outre de mettre en oeuvre des mécanismes efficaces en matière d'administration et de surveillance des contrats.

Constatations détaillées de la vérification

APERÇU

Les objectifs du Ministère à l'égard des plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille comprennent ce qui suit :

- l'amélioration de l'accès des patients aux soins;
- la promotion des soins préventifs et de la gestion des maladies chroniques;
- la stabilisation du revenu des médecins;
- la prévisibilité des dépenses du gouvernement.

Pour atteindre ces objectifs, le Ministère a négocié avec l'OMA différents plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille. Contrairement à la rémunération traditionnelle à l'acte des médecins, ces ententes de rémunération exigent généralement que les médecins fournissent au moins certains soins aux patients en dehors des heures normales, par exemple le soir. En outre, la majorité des plans exigent que les médecins travaillent en groupe de trois ou plus, afin de s'assurer qu'un médecin est toujours disponible lorsqu'un patient a besoin de soins.

Les médecins peuvent choisir de participer ou non à un plan de diversification des modes de financement, de changer de plan ou de revenir à la rémunération à l'acte traditionnelle. En conséquence, pour inciter les médecins à adhérer en permanence à un plan de diversification des modes de financement, le Ministère a négocié des plans comportant différents types de paiements, dont des exemples sont présentés à la Figure 1. Aux termes de certains plans, comme celui qui touche les groupes de santé familiale, les médecins sont encore principalement rémunérés à l'acte mais à un taux supérieur au taux traditionnel; il s'agit de paiement à l'acte bonifié. Toutefois, comme de telles approches ne permettent pas de stabiliser le revenu des médecins ni de prévoir les dépenses, la

majorité des plans, y compris ceux des organismes de santé familiale et des réseaux de santé familiale, prévoient une rémunération principalement par capitation. Selon cette approche, les médecins reçoivent un montant annuel fixe (appelé paiement par capitation de base) pour chaque patient inscrit (c'est-à-dire pour chaque patient qui signe un formulaire attestant qu'il accepte d'être le patient du cabinet du médecin de famille) en fonction de son âge et de son sexe, quel que soit le nombre de fois que le patient consulte le médecin durant l'année. Ce montant annuel fixe couvre certains services aux patients, dont la liste figure dans chaque contrat de plan de diversification des modes de financement (on appelle souvent cette liste le « panier » de services). Les services couverts varient selon le plan – par exemple, les plans des organismes de santé familiale et des réseaux de santé familiale couvrent différents services; donc les taux par capitation versés aux termes de chaque plan diffèrent.

Selon les plans axés sur la rémunération par capitation, les médecins peuvent aussi facturer à l'Assurance-santé une partie, généralement 10 %, des honoraires traditionnels à l'acte pour les services couverts chaque fois qu'ils fournissent effectivement un service à un patient inscrit. Avec cette approche, appelée facturation pro forma, le Ministère peut recueillir de l'information sur le nombre réel de patients vus et de services cliniques fournis. En outre, les médecins peuvent facturer des honoraires traditionnels à l'acte complets pour tous les services fournis non prévus au contrat (c'est-à-dire qui ne font pas partie du panier de services) ainsi que tous les services fournis à des patients non inscrits. De plus, les plans de diversification des modes de financement prévoient des incitatifs et des primes conçus pour encourager la prestation de certains services médicaux, par exemple les services de gestion du diabète et de prévention, y compris le dépistage du cancer du sein et du cancer du colon.

Les médecins de famille qui choisissent de participer à un plan de diversification des modes de financement signent un contrat avec le Ministère, l'OMA et les autres médecins parties au plan, s'il

Figure 1 : Types de paiements sélectionnés au titre des plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Type de paiement	Description
paiement par capitation de base	montant fixe versé pour chaque patient inscrit, en fonction de son âge et de son sexe, pour la prestation des services prévus au contrat, quel que soit le nombre de services prodigués et le nombre de fois que le patient consulte le médecin (par exemple, la rémunération par capitation de base pour les médecins rattachés à un OSF s'établit entre environ 58 \$ et 521 \$ par patient, et entre environ 52 \$ et 367 \$ pour les médecins relevant d'un RSF).
prime d'accès	montant déduit du paiement par capitation de base lorsqu'un patient inscrit obtient des services prévus dans le plan de diversification des modes de financement auprès d'un médecin n'appartenant pas au groupe auprès duquel il est inscrit
paiement par capitation pour prestation de soins complets	montant fixe versé pour chaque patient inscrit, en fonction de son âge et de son sexe, pour la prise en charge de l'ensemble des soins dont le patient a besoin et la coordination des services médicaux, par exemple l'orientation vers d'autres fournisseurs de soins de santé
paiement par capitation pour les patients présentant des besoins complexes	montant fixe versé au médecin qui inscrit un patient présentant des besoins complexes
paiement à l'acte bonifié	les médecins facturent l'Assurance-santé et sont payés à un taux supérieur à celui des paiements à l'acte traditionnels pour chaque service fourni à un patient; le montant excédant le paiement à l'acte traditionnel correspond à un paiement « complémentaire »
paiement à l'acte	les médecins facturent l'Assurance-santé et sont payés selon les tarifs établis par l'Assurance-santé pour chaque service fourni à un patient
incitatifs	paiements supplémentaires versés aux médecins pour la prestation de services particuliers, par exemple des soins aux patients durant la fin de semaine, les soins préventifs et les services de gestion du diabète, pour encourager certaines activités (p. ex., inscription de certains types de patients, comme les patients présentant des besoins complexes) et inciter les médecins à poursuivre une formation médicale continue
facturation pro forma	les médecins qui reçoivent une rémunération par capitation de base peuvent facturer l'Assurance-santé pour obtenir un pourcentage du paiement à l'acte traditionnel pour les services aux patients prévus dans le plan de diversification des modes de financement; les médecins sont généralement admissibles soit à une facturation pro forma, soit à des paiements à l'acte bonifiés
service téléphonique d'aide médicale	montant versé aux médecins qui sont d'astreinte pour fournir des conseils de santé par téléphone aux patients inscrits en dehors des heures normales

en est. Aux termes de ces plans, les médecins qui travaillent en groupe peuvent être soit des médecins signataires (qui sont payés par le Ministère pour respecter les obligations prévues dans le plan) ou des médecins contractuels (qui sont payés principalement soit par le Ministère, soit par les médecins signataires selon le plan de diversification des modes de financement). Un médecin ne peut être signataire que d'un seul plan, et un médecin contractuel ne peut être partie à plus de trois plans. Au 31 mars 2011, environ 40 % des groupes avaient recours à des médecins contractuels et environ

25 % des médecins contractuels travaillaient pour plus d'un groupe de médecins.

La majorité des médecins de famille participant à un plan de diversification des modes de financement ont choisi un plan d'organisme de santé familiale, de groupe de santé familiale ou de réseau de santé familiale. Les services fournis aux termes de ces plans représentent les soins prodigués à plus de 90 % des patients inscrits, comme l'indique la Figure 2. Les médecins qui participent à ces plans sont rémunérés selon le barème indiqué à la Figure 3.

Figure 2 : Médecins et patients rattachés à un plan de diversification des modes de financement au 31 mars 2011

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

Plan de diversification des modes de financement	N ^{bre} de groupes ou de cabinets de médecins	N ^{bre} de médecins	N ^{bre} de patients inscrits	% des patients inscrits
Organisme de santé familiale (OSF)	352	3 549	4 877 000	51
Groupe de santé familiale (GSF)	238	3 056	3 712 000	39
Réseau de santé familiale (RSF)	36	350	356 000	4
autre plan de diversification des modes de financement	73	745	584 000	6
Total	699	7 700	9 529 000	100

Le Ministère a introduit les équipes de santé familiale en 2005 dans le but de rassembler divers fournisseurs de soins de santé interdisciplinaires, comme du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des psychologues, pour collaborer avec les médecins afin, entre autres, de coordonner les soins aux patients et d'en améliorer la qualité. Alors que les plans de diversification des modes de financement paient les services de médecin, le financement des équipes de santé familiale paie les autres coûts, comme les services fournis par les fournisseurs de soins de santé interdisciplinaires, ainsi que les dépenses administratives et les autres frais généraux. En outre, un financement ponctuel est versé aux équipes de santé familiale pour la rénovation des bureaux et les outils de technologie de l'information. Les médecins participant à certains plans de diversification des modes de financement – dont ceux des organismes de santé familiale et des réseaux de santé familiale, mais non ceux des groupes de santé familiale – peuvent présenter une demande au Ministère pour établir une équipe de santé familiale. Toutefois, comme les médecins payés selon le mode traditionnel de rémunération à l'acte sont tenus d'assumer la majorité de leurs frais généraux, y compris les coûts associés au personnel infirmier et aux autres membres de l'effectif, les cabinets de médecins qui demandent un financement au Ministère sont beaucoup plus nombreux que ceux qui en reçoivent. (Par exemple, le Ministère a reçu plus de 70 demandes après son dernier communiqué annonçant que 30 nouvelles équipes de santé familiale seraient approuvées.)

En mars 2011, plus de 2 200 médecins dans près de 240 groupes faisaient partie de 156 équipes de santé familiale, qui ont reçu un financement total de 244 millions de la part du Ministère en 2010-2011. Le Ministère prévoyait que 21 autres équipes approuvées seraient en place à l'automne 2011.

La Direction des soins primaires du Ministère gère les plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille. D'autres directions du Ministère interviennent dans l'administration des contrats : la Direction de la gestion financière, qui a la responsabilité de traiter les paiements aux médecins, d'effectuer les prévisions financières et de préparer les rapports financiers; la Direction des données sur la santé, qui collige des données statistiques, analyse les tendances et calcule certains paiements; la Direction de l'inscription et des demandes de règlement, qui s'occupe entre autres de traiter les demandes de paiement pour soins médicaux, les inscriptions des patients et l'inscription de nouveaux médecins; et la Direction de la livraison des solutions de santé, qui développe les systèmes informatiques nécessaires pour prendre en charge les nouveaux types de paiements et les changements des taux de paiement.

INITIATIVES D'AMÉLIORATION DES PLANS DE DIVERSIFICATION DES MODES DE FINANCEMENT

Les initiatives du Ministère visant à améliorer les plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille comprennent les

Figure 3 : Méthodes de paiement selon les plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille sélectionnés

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Type de plan de diversification des modes de financement	Date de début	Mode de rémunération des médecins
Organisme de santé familiale (OSF)	2006	<p><i>Paiements par capitation de base et pour prestation de soins complets, facturation pro forma et incitatifs pour les patients inscrits</i></p> <p>Les paiements par capitation de base couvrent 118 services prévus au contrat. Les éléments de facturation pro forma sont payés selon un taux correspondant à 10 % du montant des paiements à l'acte traditionnels.</p> <p>Les médecins reçoivent aussi d'autres paiements, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> des paiements à l'acte pour tous les services non prévus au contrat et tous les services fournis à des patients non inscrits des incitatifs pour la prestation de services comme des soins préventifs, la gestion du diabète, la prestation de services hors des heures normales et l'inscription de patients non inscrits auprès d'un autre médecin des paiements par capitation pour les patients présentant des besoins complexes des paiements pour être d'astreinte afin d'offrir des conseils de santé par téléphone aux patients inscrits hors des heures normales un montant supplémentaire de 5 000 \$ à 11 000 \$ par année pour les médecins travaillant dans une collectivité rurale <p>Un montant de 12 500 \$ à 25 000 \$ est versé chaque année aux cabinets qui comptent au moins cinq médecins pour l'embauche d'un administrateur.</p>
Groupe de santé familiale (GSF)	2003	<p><i>Paiements à l'acte bonifiés et incitatifs pour les patients assignés par le Ministère et les patients inscrits, et paiements par capitation pour prestation de soins complets aux patients inscrits</i></p> <p>Les paiements à l'acte bonifiés correspondent à 110 % du montant des paiements à l'acte traditionnels.</p> <p>Les médecins reçoivent aussi d'autres paiements, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> des paiements par capitation pour les patients présentant des besoins complexes des incitatifs pour la prestation de services comme des soins préventifs, la gestion du diabète, la prestation de services hors des heures normales et l'inscription de patients non inscrits auprès d'un autre médecin des paiements pour être d'astreinte afin d'offrir des conseils de santé par téléphone aux patients inscrits hors des heures normales
Réseau de santé familiale (RSF)	2001	<p><i>Paiements par capitation de base et pour prestation de soins complets, facturation pro forma et incitatifs pour les patients inscrits</i></p> <p>Les paiements par capitation de base couvrent 56 services prévus au contrat. Le taux par capitation de base est inférieur à celui des organismes de santé familiale parce que le nombre de services couverts est moindre. Les éléments de facturation pro forma sont payés selon un taux correspondant à 10 % du montant des paiements à l'acte traditionnels.</p> <p>Comme pour les organismes de santé familiale, les médecins reçoivent aussi d'autres paiements, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> des paiements à l'acte pour tous les services non prévus au contrat et tous les services fournis à des patients non inscrits des incitatifs pour la prestation de services comme des soins préventifs, la gestion du diabète, la prestation de services en dehors des heures normales et l'inscription de patients non inscrits auprès d'un autre médecin des paiements par capitation pour les patients présentant des besoins complexes des paiements pour être d'astreinte afin d'offrir des conseils de santé par téléphone aux patients inscrits hors des heures normales un montant supplémentaire de 5 000 \$ à 11 000 \$ par année pour les médecins travaillant dans une collectivité rurale <p>Un montant de 12 500 \$ à 25 000 \$ est versé chaque année aux cabinets qui comptent au moins cinq médecins pour l'embauche d'un administrateur.</p>

changements négociés de l'Entente sur les services de médecin ainsi que ce qui suit :

- Depuis 2006, le Ministère fait réaliser un sondage par téléphone pour obtenir l'opinion des patients sur différentes questions, notamment l'accès aux soins fournis par les médecins de famille. Environ 2 100 Ontariens sont interrogés tous les trois mois dans le cadre du Sondage sur l'accès aux soins primaires. Le Ministère utilise les renseignements ainsi obtenus pour élaborer des stratégies d'amélioration de l'accès des patients aux soins, par exemple en les aidant à trouver un médecin de famille.
- En 2007, le Ministère a mis sur pied le Groupe de concertation en gestion de la qualité (qui fait maintenant partie de Qualité des services de santé Ontario) pour aider les équipes de santé familiale à mettre en oeuvre un modèle de prestation des soins de santé primaires axé sur le travail d'équipe. Les objectifs actuels de l'organisme comprennent l'utilisation de mesures du rendement pour planifier, mettre à l'essai et évaluer les améliorations relatives à l'organisation et à la prestation des soins primaires.
- En décembre 2008, le Ministère a confié au Conference Board du Canada le mandat d'effectuer une étude quinquennale sur les équipes de santé familiale afin de recenser leurs réussites et leurs lacunes. Chaque année, le Ministère reçoit les résultats provisoires de l'étude, qui porte entre autres sur le fonctionnement des équipes, l'accès des patients et la gestion des maladies chroniques. Le Ministère a indiqué qu'il utilisera le rapport final, qui devrait être déposé en 2013, pour déterminer s'il est nécessaire d'apporter des changements aux équipes de santé familiale.
- En février 2009, le Ministère a lancé l'initiative Accès Soins pour aider les patients qui n'ont pas de médecin de famille à en trouver un. Au 31 mars 2011, plus de 100 000 personnes s'étaient inscrites au programme, dont 60 % avaient trouvé un médecin de famille. Le

Ministère offre une prime aux médecins de famille participant aux plans de diversification des modes de financement qui acceptent des patients désignés dans le cadre du programme comme étant vulnérables ou présentant des besoins complexes (c.-à-d. qui exigent beaucoup de soins). Près de 8 000 patients ont été désignés comme vulnérables ou présentant des besoins complexes; près de 6 000 d'entre eux ont réussi à trouver un médecin de famille. Cette initiative est toujours en vigueur.

ÉTABLISSEMENT DES PLANS DE DIVERSIFICATION DES MODES DE FINANCEMENT

Les plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille sont des ententes négociées entre le Ministère et l'Ontario Medical Association (OMA), qui négocie au nom des médecins de l'Ontario. Depuis 2000, des négociations ont lieu tous les quatre ans; les nouveaux modes de financement ou les changements aux modes existants doivent être approuvés par le Ministère et l'OMA. Des contrats normalisés ont initialement été élaborés pour chaque plan de diversification des modes de financement, mais les changements négociés sont généralement décrits dans d'autres documents, par exemple les Ententes sur les services de médecin de 2004 et de 2008. Ainsi, l'Entente sur les services de médecin contient de l'information sur les honoraires nouveaux ou additionnels (par exemple une hausse des primes pour les services fournis en dehors des heures normales et les nouveaux honoraires pour les programmes antitabagisme) ainsi que sur les incitatifs et les primes (par exemple les primes pour l'incitation des patients à participer au programme de dépistage du cancer colorectal).

Nous avons demandé au Ministère s'il avait effectué une analyse détaillée des coûts prévus des nouveaux plans de diversification des modes de financement avant de commencer à négocier avec l'OMA, afin de s'assurer que les coûts totaux et les

avantages escomptés sont comparables à ceux du modèle traditionnel de rémunération à l'acte. Une telle analyse permettrait en outre au Ministère de s'assurer qu'il est suffisamment informé pour entreprendre des négociations éclairées. Le Ministère nous a informés qu'une analyse avait été faite, sans toutefois retrouver les documents à l'appui. Il disposait cependant d'information sur les coûts prévus des changements (par exemple, les nouveaux incitatifs) aux plans de diversification des modes de financement.

Malgré tout, on pourrait s'attendre à ce que le Ministère, une fois les plans de diversification des modes de financement négociés, analyse périodiquement les modalités de ces plans pour déterminer lesquelles lui permettent le mieux d'atteindre ses buts, notamment l'accès des patients aux soins, et comment les coûts relatifs de ces nouveaux plans se comparent à ceux du modèle traditionnel de paiement à l'acte. Ces renseignements seraient également utiles aux fins des futures négociations avec l'OMA. On nous a dit que la dernière analyse comparative des coûts des plans de diversification des modes de financement effectuée par le Ministère remontait à 2007-2008. À ce moment, le revenu annuel brut moyen d'un médecin de famille payé uniquement selon le modèle de rémunération à l'acte était estimé à environ 285 000 \$, alors que les médecins des organismes de santé familiale gagnaient environ 405 000 \$, ceux des réseaux de santé familiale, environ 360 000 \$ et ceux des groupes de santé familiale, environ 375 000 \$. De ces montants, les médecins doivent payer les coûts associés à l'exercice de leurs activités, y compris les frais généraux, ainsi que, dans le cas des OSF et des RSF, les montants à verser aux médecins contractuels participants, le cas échéant.

L'OMA diffuse de l'information aux médecins de famille à propos des plans de diversification des modes de financement qu'ils peuvent choisir. Les médecins de famille ou les groupes de médecins intéressés à participer à un plan particulier communiquent avec le Ministère, qui vérifie les antécédents des médecins demandeurs et veille à ce que

chacun soit signataire d'un seul plan et ne soit pas médecin contractuel au titre de plus de trois plans.

Les contrats, qui définissent les modes de financement ainsi que les services à fournir, sont signés par les médecins signataires qui formaient le groupe initial et par les représentants du Ministère et de l'OMA. De plus, tous les médecins signataires et contractuels membres du groupe doivent signer un formulaire de déclaration qui, entre autres, les lie aux modalités du contrat. L'examen d'un échantillon de contrats conclus par des médecins participant à un plan de diversification des modes de financement entre avril et décembre 2010 nous a permis de constater que 13 % des médecins appartenant à un groupe de santé familiale et 18 % des médecins appartenant à un organisme de santé familiale n'avaient signé ni le contrat, ni le formulaire de déclaration. Il existe un risque que les médecins qui n'ont pas signé le contrat ou le formulaire de déclaration ne comprennent pas entièrement leurs obligations et, par exemple, ne fournissent pas le niveau requis de services aux patients au titre du plan de diversification des modes de financement.

RECOMMANDATION 1

Pour s'assurer que les plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille lui permettent d'atteindre ses buts et objectifs de façon rentable, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit :

- analyser périodiquement les coûts et les avantages des plans de diversification des modes de financement existants pour déterminer si les coûts supplémentaires de ces plans sont justifiés par rapport à ceux du modèle traditionnel de rémunération à l'acte;
- dans le cadre de la négociation des plans de diversification des modes de financement avec l'Ontario Medical Association, veiller à disposer d'information pertinente à propos

des coûts et avantages relatifs des nouveaux modèles envisagés comparativement au modèle traditionnel de rémunération à l'acte, de manière à pouvoir négocier de façon éclairée;

- exiger de tous les médecins qu'ils signent un contrat avant de commencer à participer à un plan de diversification des modes de financement.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la recommandation, et lorsque viendra le temps de négocier ou de renégocier des plans de diversification des modes de financement, il s'efforcera de s'y conformer entièrement.

Le Ministère convient qu'il est nécessaire d'évaluer les coûts et les avantages des plans de diversification des modes de financement existants pour s'assurer que sont atteints les buts établis dans le cadre de la réforme des soins primaires, particulièrement l'accès amélioré à des services de soins primaires complets. Le Ministère commandera une évaluation externe officielle des deux principaux plans de diversification des modes de financement, soit ceux des groupes de santé familiale et des organismes de santé familiale. Les résultats de cette évaluation éclaireront les modifications à apporter à ces plans pour maximiser les avantages des modèles et améliorer l'accès des patients à des services de soins primaires complets et de qualité en Ontario.

Le Ministère veillera à ce qu'une évaluation complète des coûts des nouveaux plans de diversification des modes de financement et des modifications aux plans existants soit effectuée avant et durant les négociations avec l'OMA pour faire en sorte qu'il négocie en s'appuyant sur des données solides. Comme ce fut le cas dans les négociations de l'Entente sur les services de médecin (ESM) de 2008, les négociations de 2012 avec l'OMA seront fondées

sur un mandat approuvé assorti de propositions dont les coûts ont été établis ainsi que sur des données à l'appui des changements proposés à la rémunération des médecins. En outre, comme dans le cas de l'ESM de 2008, les dépenses relatives aux nouvelles initiatives aux termes des plans futurs feront l'objet d'un suivi et seront comparées aux coûts projetés afin de cerner les points qui doivent faire l'objet d'un examen par le Comité des services de médecin.

Le Ministère mettra en oeuvre des procédures pour s'assurer qu'aucun paiement au titre des plans de diversification des modes de financement n'est versé avant que des contrats signés ne soient en place.

PATIENTS INSCRITS

En s'inscrivant auprès d'un médecin participant à un plan de diversification des modes de financement, les patients acceptent de consulter principalement ce médecin ou un autre médecin travaillant dans le même cabinet de médecine familiale, sauf en cas d'urgence. Les patients ne sont pas tenus de s'inscrire, et les médecins ne devraient pas refuser de prodiguer des soins médicaux à un patient qui préfère ne pas s'inscrire.

Pour s'inscrire auprès d'un médecin de famille participant à un plan de diversification des modes de financement, le patient doit signer un formulaire d'inscription, que le médecin achemine au Ministère. Le Ministère vérifie ensuite que le patient est détenteur d'une carte Santé de l'Ontario valide et qu'il est donc admissible au Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Dans l'affirmative, le Ministère consigne l'inscription du patient dans sa base de données Client Agency Program Enrolment (CAPE), qui comprend la liste de tous les patients qui se sont inscrits auprès d'un médecin de famille ou qui se sont désinscrits. Si le patient est déjà inscrit auprès d'un autre médecin, son inscription est automatiquement transférée au nouveau médecin dans la base de données du CAPE. Selon notre analyse de

cette base de données, les contrôles effectués par le Ministère en date d'avril 2011 étaient adéquats, de façon qu'aucun patient ne soit inscrit auprès de plus d'un médecin.

Au moment de notre vérification, le Ministère traitait plus de 100 000 demandes d'inscription et 10 000 demandes de désinscription par mois. Nous avons aussi constaté que le Ministère était à jour dans la saisie et la suppression des patients de la base de données du CAPE. Toutefois, les procédures doivent être améliorées pour faciliter le repérage des patients inscrits qui ne consultent plus le médecin auquel ils sont rattachés, même si ce médecin reçoit toujours une rémunération à titre de médecin de famille de ces patients. Par exemple :

- Aucun suivi n'est fait des patients inscrits qui consultent rarement sinon jamais le médecin de famille auprès de qui ils sont inscrits. Nous avons constaté que 1,9 million de patients inscrits auprès d'un médecin d'un OSF ou d'un GSF n'ont pas visité le cabinet de leur médecin du tout en 2009-2010. Près de la moitié de ces patients ont consulté un autre médecin, qui a reçu une rémunération à l'acte pour les services médicaux prodigués. Les médecins auprès desquels les patients étaient inscrits ont reçu au total 123 millions de dollars (après déduction des frais payés aux autres médecins consultés) simplement parce que les patients étaient inscrits auprès d'eux. Le Ministère nous a expliqué que parce que le paiement par capitation est fondé sur le niveau moyen des services de médecin utilisés par les personnes de même âge et sexe, il est prévu que les paiements relatifs aux patients qui consultent rarement ou jamais leur médecin soient compensés par ceux des patients qui exigent un niveau élevé de soins.
- Même si le Ministère consigne le nombre total de fois durant le mois que les patients inscrits auprès d'un médecin obtiennent des services dans un autre cabinet, il ne tient pas de données sur chaque patient. Une analyse des patients qui ont consulté au

moins une fois l'organisme de santé familiale (OSF) ou le groupe de santé familiale (GSF) auprès duquel ils sont inscrits nous a permis de constater que 400 000 d'entre eux ont consulté un médecin de famille d'un autre cabinet plus souvent qu'un médecin du cabinet auprès duquel ils étaient inscrits en 2009-2010.

- Selon les plans de diversification des modes de financement, les patients inscrits doivent résider dans un rayon de 100 km du cabinet du médecin. Toutefois, le Ministère n'a mis en place aucune procédure pour identifier et désinscrire les patients qui ont déménagé hors de l'aire desservie par le cabinet de leur médecin. Par exemple, un changement d'adresse d'un patient dans la Base de données sur les personnes inscrites du Ministère, qui renferme la liste de toutes les personnes admissibles à l'Assurance-santé, ne déclenche pas de vérification des patients inscrits. Même si une telle vérification était faite, la Base de données sur les personnes inscrites n'est pas toujours mise à jour en temps opportun. Par exemple, si un patient déménage à l'étranger, le Ministère en sera seulement informé lorsque le patient ne renouvelle pas sa carte Santé avec photo (ce qui peut se produire jusqu'à cinq ans après le déménagement). En outre, comme 2,7 millions de patients inscrits utilisent toujours des cartes Santé blanc et rouge, qui n'ont pas de date d'expiration, il pourrait être encore plus difficile de repérer ceux qui déménagent. Le Ministère a indiqué que les patients sont tenus par la loi de l'informer lorsqu'ils ne sont plus admissibles à l'Assurance-santé – par exemple, lorsqu'ils déménagent dans un autre pays. Il est peu probable qu'un patient qui déménage consulte le médecin auprès duquel il est inscrit, et s'il consulte un médecin plus près de son nouveau lieu de résidence qui ne l'inscrit pas au titre d'un plan de diversification des modes de financement, l'ancien médecin de famille continuera de recevoir un paiement

annuel par capitation, et le nouveau médecin sera payé selon le modèle traditionnel de rémunération à l'acte, à moins que le Ministère ne soit informé du fait que le patient a changé de médecin. Le Ministère a indiqué que les médecins sont tenus par contrat d'informer le Ministère lorsqu'un de leur patient déménage; toutefois, nous sommes d'avis que les médecins ne sont généralement pas au courant du déménagement de leurs patients, surtout vu le nombre de patients qui consultent rarement voire jamais le médecin auprès duquel ils sont inscrits. Le Ministère a précisé que les médecins doivent désinscrire ceux de leurs patients qui consultent un autre médecin de famille, mais compte tenu du fait que près de la moitié des patients qui n'ont jamais consulté le médecin auprès duquel ils sont inscrits ont visité un autre médecin, nous remettons en question cette affirmation.

En avril 2011, les patients inscrits représentaient environ 70 % de la population de l'Ontario. Nous avons toutefois constaté que beaucoup de personnes ne savaient pas qu'elles étaient inscrites. En effet, les sondages sur l'accès aux soins primaires menés au nom du Ministère pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2010 indiquaient que seulement 32 % des répondants ont dit être inscrits auprès d'un médecin de famille. Ces résultats nous portent à douter du fait que les patients comprennent ce que cela signifie quand leur médecin de famille leur demande de remplir un formulaire d'inscription. Il est aussi possible que des médecins soumettent des formulaires d'inscription au nom de patients sans leur consentement.

Selon le formulaire d'inscription, le patient ou le médecin peut mettre fin à l'inscription. Le patient peut mettre fin à son inscription en informant simplement le médecin ou le Ministère (par l'entremise de Service Ontario) de sa décision. La majorité des désinscriptions sont demandées par un médecin, qui doit remplir un formulaire demandant au Ministère de désinscrire le patient. Ce formulaire ne renferme que des raisons générales pour la

désinscription, par exemple « le médecin a mis fin à l'inscription du patient ». Les demandes de désinscription provenant de médecins peuvent s'expliquer par le fait que la désinscription d'un patient peut être plus lucrative pour le médecin – c'est-à-dire que le médecin gagne plus pour traiter le patient selon le modèle traditionnel de rémunération à l'acte (ce qui peut être le cas, par exemple, si le patient consulte souvent le médecin).

Nombre de patients inscrits

Les plans des réseaux de santé familiale (RSF) et des organismes de santé familiale (OSF) exigent que chaque groupe de médecins inscrive un nombre minimal de patients. Pour les groupes comptant de trois à cinq médecins, le nombre minimal d'inscriptions est fixé à 800 patients par médecin. Chaque médecin appartenant à un groupe peut inscrire un moins grand nombre de patients si les autres médecins membres du groupe en inscrivent davantage (par exemple, pour qu'un groupe de trois médecins satisfasse à l'exigence du nombre minimal de 2 400 inscriptions, deux médecins peuvent inscrire 100 patients chacun et le troisième, 2 200). Pour tous les groupes comptant plus de cinq médecins, le nombre minimal de patients inscrits est fixé à 4 000. Par exemple, dans un groupe comptant 10 médecins, chacun devrait inscrire seulement 400 patients – une situation qui pourrait réduire l'accès aux soins des résidents de la région qui n'ont pas de médecin de famille. Aucune exigence minimale quant au nombre d'inscriptions n'a été fixée pour les groupes de santé familiale (GSF).

Notre analyse des données sur les inscriptions révèle ce qui suit :

- 93 % des OSF et des RSF comptant cinq médecins ou moins et qui exercent leurs activités depuis plus d'un an ont satisfait à l'exigence minimale en inscrivant 800 patients par médecin;
- le nombre médian de patients inscrits par médecin varie d'environ 1 025 à 1 400 selon le type de plan, comme l'indique la Figure 4.

Figure 4 : Nombre médian de patients inscrits par médecin au 31 décembre 2010

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

Type de plan de diversification des modes de financement	N ^{bre} médian de patients inscrits par médecin
Groupe de santé familiale (GSF)	1 200
Réseau de santé familiale (RSF)	1 025
Organisme de santé familiale (OSF)	1 400

Le nombre réel de patients vus par ces médecins peut être supérieur, parce que tous les médecins participant prodiguent aussi des soins primaires à des patients non inscrits.

Comme c'est le cas dans beaucoup d'autres administrations, il n'y a pas de limite au nombre de patients qu'un médecin peut inscrire, et il n'existe aucune ligne directrice quant au nombre optimal de patients auxquels un médecin de famille peut raisonnablement prodiguer des soins, qu'il s'agisse de patients inscrits ou non. Même s'il n'y a pas de nombre maximal, les contrats des OSF et des RSF stipulent que si le nombre moyen de patients inscrits auprès d'un groupe de médecins dépasse 2 400 par médecin, les paiements par capitation sont réduits de moitié pour les patients au-delà de la limite de 2 400. Notre analyse a révélé qu'au 31 décembre 2010, 12 groupes de médecins, comptant au total 38 médecins, avaient plus de 2 400 patients inscrits par médecin.

Patients présentant des besoins complexes

Certains patients ont besoin de consulter plus souvent leur médecin de famille en raison de problèmes de santé constants. Ces patients sont généralement considérés comme présentant des besoins complexes, bien que le Ministère n'ait pas établi de critères spécifiques pour identifier ce type de patient.

Aux termes des plans de diversification des modes de financement, même si les taux des paiements par capitation augmentent généralement avec l'âge du patient, ils ne sont pas rajustés en

fonction des besoins en matière de soins. En 2009, un rapport de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) révélait que comparativement aux médecins rémunérés aux termes de paiements à l'acte bonifiés, comme ceux des GSF, les médecins membres d'équipes de santé familiale inscrivaient moins de patients malades et de patients qui consultent fréquemment. Les raisons expliquant cet écart n'étaient pas claires.

Pour inciter les médecins à inscrire les patients présentant des besoins complexes, le Ministère offre des incitatifs à court terme. Pour que les médecins aient droit à ces incitatifs, une personne qui n'a pas de médecin de famille doit d'abord appeler le service Accès Soins du Ministère, dont le rôle est d'aider les Ontariens à trouver un médecin de famille. Accès Soins évalue le niveau des services médicaux dont la personne a besoin pour déterminer s'il s'agit d'une personne vulnérable ou présentant des besoins complexes (c.-à-d. qui exige beaucoup de soins). Dans l'affirmative, le médecin qui inscrit ce patient reçoit une prime ponctuelle de 350 \$. De plus, durant les douze premiers mois suivant l'inscription, le médecin appartenant à un OSF ou à un RSF reçoit des paiements par capitation supplémentaires totalisant 500 \$ pour ce patient; le médecin appartenant à un GSF reçoit 150 % de la valeur de toute demande de paiement à l'acte présentée pour ce patient.

Après la première année, aucune prime ou aucun incitatif supplémentaire n'est offert aux médecins s'occupant de ces patients. En 2009-2010, Accès Soins a coordonné l'inscription de 1 600 patients vulnérables ou présentant des besoins complexes. Au moment de notre travail de vérification sur le terrain, le Ministère n'avait pas effectué de suivi pour déterminer si ces patients étaient désinscrits par leur médecin une fois les incitatifs financiers à court terme épuisés. Le Ministère a toutefois souligné que le service Accès Soins ne lui avait signalé aucun cas de patients vulnérables ou présentant des besoins complexes à qui il avait trouvé un médecin de famille qui cherchait de nouveau un médecin de famille après un an.

RECOMMANDATION 2

Pour mieux s'assurer que les plans de diversification des modes de financement sont rentables et que les patients ont accès à un médecin de famille lorsqu'ils en ont besoin, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- recenser périodiquement le nombre de patients qui ne consultent pas le médecin de famille auprès duquel ils sont inscrits et déterminer s'il est raisonnable de continuer à verser aux médecins un paiement par capitation annuel complet pour ces patients;
- examiner les répercussions de sa politique qui autorise les cabinets comptant plus de cinq médecins à inscrire seulement 4 000 patients en tout, au lieu des 800 patients par médecin exigés des cabinets comptant moins de médecins, afin d'en déterminer l'incidence sur l'accès aux soins des personnes n'ayant pas de médecin de famille;
- examiner le nombre de patients désinscrits par leur médecin pour déterminer si un nombre important d'entre eux sont des patients présentant des besoins complexes et, dans l'affirmative, s'il convient de réviser les incitatifs financiers pertinents.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est favorable à l'exécution d'un ou de plusieurs examens de ses politiques pour évaluer si les dispositions actuelles des plans de diversification des modes de financement relatives à l'inscription contribuent à améliorer l'accès aux soins primaires des patients inscrits. Le Ministère souligne que des recherches importantes sur la prestation des services de soins primaires sont à sa disposition et pourraient l'éclairer et le soutenir dans l'examen de ses politiques et la mise en oeuvre des modifications aux contrats qui s'imposent.

Les examens des politiques du Ministère viseront à résoudre les questions recensées dans le rapport de vérification, soit :

- la pertinence de verser un paiement par capitation à l'égard des patients inscrits qui ne consultent pas le médecin auprès duquel ils sont inscrits durant une période d'un an;
- l'incidence sur l'accès aux soins des contrôles du nombre minimal d'inscriptions;
- le lien entre la désinscription des patients et la complexité des soins dont ils ont besoin, et la nécessité d'offrir des incitatifs financiers pour garantir l'accès continu de ces patients aux soins.

Les travaux actuellement menés par un groupe de travail conjoint du Ministère et de l'OMA, avec l'appui de l'Institut de recherche en services de santé, pourraient résoudre les questions relatives au maintien des patients présentant des besoins complexes dans les modèles de rémunération par capitation. De fait, ce groupe de travail évalue les options possibles pour modifier le taux de capitation actuel fondé sur l'âge et le sexe du patient pour y inclure un coefficient de gravité ou de complexité des besoins, et devrait déposer son rapport final en décembre 2011.

ACCÈS DES PATIENTS À DES SERVICES DE SOINS PRIMAIRES

Heures de prestation des services

Les contrats signés par les médecins qui participent à un plan de diversification des modes de financement stipulent généralement que le groupe de médecins doit s'assurer qu'un nombre suffisant de médecins sont disponibles pour fournir des services durant des heures raisonnables et normales du lundi au vendredi, pendant une période suffisante et commode pour répondre aux besoins des patients inscrits. Les contrats ne précisent pas ce qui constitue un nombre suffisant de médecins, des heures raisonnables et normales ni une période suffisante et commode pour répondre aux besoins des patients inscrits. Selon le Ministère, ces expressions sont délibérément imprécises pour diverses raisons,

notamment pour offrir aux médecins une certaine souplesse dans l'exploitation de leur cabinet et éviter des restrictions contractuelles qui dissuaderaient les médecins de participer aux plans de diversification des modes de financement.

En outre, les cabinets de médecins sont tenus d'offrir chaque semaine au moins un bloc de services de trois heures en dehors des heures normales pour chaque médecin du groupe, à concurrence de cinq blocs de trois heures par semaine pour les cabinets regroupant cinq médecins ou plus. Selon la définition prévue dans les contrats, les heures hors des heures normales correspondent aux soirs de semaine (après 17 h du lundi au vendredi) ou à n'importe quelle période durant la fin de semaine, soit du vendredi au dimanche. (Les médecins sont tenus d'offrir des heures normales le vendredi, mais peuvent en plus offrir des services en dehors des heures normales ce jour-là.) Même si les blocs de services hors des heures normales doivent être offerts pendant différentes journées, les contrats ne prévoient aucune exigence concernant le caractère suffisant ou commode de ces blocs, contrairement à ce qui est le cas des heures normales. Par exemple :

- Si un cabinet compte plus de cinq médecins, le nombre minimal d'heures de services requis en dehors des heures normales est de cinq blocs de trois heures par semaine. Quarante-sept pour cent des réseaux de santé familiale (RSF), 64 % des organismes de santé familiale (OSF) et 53 % des groupes de santé familiale (GSF) comptent plus de cinq médecins. Ces RSF, OSF et GSF servent en moyenne entre 10 000 et 24 000 patients. Toutefois, les exigences prévoient qu'un seul médecin soit disponible durant chaque bloc de services en dehors des heures normales. À notre avis, il serait utile que le Ministère évalue si ces cabinets offrent des services suffisants en soirée et la fin de semaine pour répondre aux besoins des patients.
- Même si certains groupes exploitent plusieurs cliniques, les services hors des heures normales peuvent être offerts dans une seule

clinique, ce qui n'est pas nécessairement commode pour bon nombre des patients inscrits.

Lorsqu'ils établissent un RSF, un OSF ou un GSF, les groupes de médecins participants fournissent leurs heures d'ouverture au Ministère. Seuls les GSF sont tenus par contrat d'informer le Ministère des changements à leurs heures d'ouverture. Le Ministère ne surveillait pas périodiquement les changements des heures d'ouverture des RSF, des OSF et des GSF au moment de notre travail de vérification sur le terrain, mais il a souligné que ces renseignements pouvaient être obtenus auprès du responsable de la prestation de son Service téléphonique d'aide médicale. À l'été 2011, le Ministère a lancé un projet de collecte de renseignements sur les heures normales et prolongées des RSF, des OSF et des GSF.

Nous avons examiné les données du Ministère pour l'exercice 2009-2010 afin de déterminer les jours de la semaine où sont offerts les services de médecin et si les médecins participant à un plan de diversification des modes de financement facturaient les services comme ayant été fournis durant les heures normales ou hors des heures normales (dans ce dernier cas, le Ministère verse une prime aux médecins). Dans le cas des GSF, des OSF et des RSF, notre analyse a révélé que moins de 15 % des services aux patients sont fournis le vendredi, et environ 6 % seulement le sont le samedi ou le dimanche. Nous avons aussi constaté que 92 % des services étaient fournis durant les heures normales.

Au moment de notre vérification, plus de 100 groupes relevant de GSF, de RSF et d'OSF étaient exemptés de l'obligation d'offrir des services hors des heures normales. Une telle exemption peut être obtenue si plus de 50 % des médecins du groupe offrent certains autres services en dehors des heures normales (par exemple, service en salle d'urgence dans un hôpital ou services d'obstétrique) et si le Ministère donne son approbation. Les médecins ne sont pas tenus de déclarer le nombre d'heures de ces services qu'ils fournissent ni de présenter de preuve quelconque qu'ils fournissent effectivement de tels services. Jusqu'en 2011, les

exemptions approuvées n'expiraient jamais. Depuis 2011, les groupes de médecins doivent demander chaque année une exemption concernant la prestation de services en dehors des heures normales, de même que chaque fois qu'un médecin se joint au groupe ou le quitte. Le Ministère a indiqué que l'examen de l'admissibilité des groupes de médecins à une exemption, réalisé il y a quelques années, a révélé que tous les groupes exemptés étaient effectivement admissibles. Toutefois, aucun document à l'appui de cet examen ou décrivant la façon dont l'admissibilité a été confirmée n'a été conservé.

En février 2011, le Ministère a effectué un examen spécial des déclarations de services fournis en dehors des heures normales faites par les RSF, les OSF et les GSF en juin 2010 pour déterminer si les groupes de médecins se conformaient aux exigences à ce sujet. Les résultats du Ministère montrent que seulement 41 % des RSF, 60 % des OSF et 74 % des GSF offraient des heures prolongées conformément à leur contrat. Une lettre a été envoyée aux groupes de médecins qui offraient moins de 40 % des heures de services en dehors des heures normales requises, leur demandant de fournir des explications. Certains groupes ont répondu qu'ils satisfaisaient aux critères d'exemption mais ne savaient pas qu'ils devaient obtenir l'approbation du Ministère, et d'autres qu'ils fournissaient les services mais ne facturaient pas selon le code des services fournis en dehors des heures normales, malgré la prime qu'ils auraient reçue pour la prestation de services en dehors des heures normales. Le Ministère nous a informés qu'il demande maintenant des explications aux autres groupes de médecins qui ne se conforment pas entièrement aux exigences.

Niveaux de service offerts par les médecins

Par le truchement de son Sondage sur l'accès aux soins primaires, le Ministère obtient des données sur la période d'attente pour consulter un médecin de famille. Environ 2 100 Ontariens âgés de 16 ans ou plus sont interrogés tous les trois mois.

Les réponses au dernier sondage accessibles au moment de notre vérification portaient sur l'exercice se terminant le 30 septembre 2010. Lorsque c'était possible, nous avons comparé les réponses à ce sondage avec celles des sondages antérieurs. D'après les renseignements obtenus, le Ministère estimait que le nombre d'Ontariens ayant un médecin de famille avait augmenté de près de 500 000 entre 2007 et 2010.

Dans l'ensemble, les réponses aux questions concernant l'accès aux soins sont comparables chez les personnes ayant un médecin de famille, qu'il s'agisse d'un médecin participant à un plan de diversification des modes de financement ou d'un médecin payé selon le modèle traditionnel de rémunération à l'acte. De plus, les réponses indiquaient que la période d'attente pour consulter un médecin n'a pas beaucoup changé par rapport à la situation d'il y a trois ans, même si beaucoup plus de patients sont maintenant inscrits auprès d'un médecin participant à un plan de diversification des modes de financement. Par exemple :

- Chez les personnes qui ont eu besoin de consulter un médecin parce qu'elles étaient malades, 27 % des répondants ayant un médecin de famille (qu'ils soient inscrits ou non auprès du médecin) ont dit qu'ils ont pu consulter le jour même; 17 % ont dit qu'ils avaient vu un médecin le jour suivant, et 44 % ont réussi à voir un médecin dans les deux à sept jours. Les autres répondants ont attendu plus longtemps.
- Chez les personnes qui ont eu besoin de consulter un médecin pour le suivi d'un problème de santé, 12 % des répondants ayant un médecin de famille (qu'ils soient inscrits ou non auprès du médecin) ont dit qu'ils avaient vu un médecin le jour même, 10 %, le jour suivant et 45 %, dans les deux à sept jours. Les autres répondants ont attendu plus longtemps.
- Chez les répondants ayant un médecin de famille (qu'ils soient inscrits ou non auprès du médecin) qui ont consulté leur médecin, 93 %

étaient satisfaits des soins reçus. Les répondants sans médecin de famille étaient environ 10 % moins susceptibles d'être satisfaits des soins reçus.

- Chez les répondants ayant un médecin de famille (qu'ils soient inscrits ou non auprès du médecin) qui se sont présentés dans un service d'urgence, 15 % l'ont fait parce que leur médecin de famille n'était pas disponible. Le sondage ne faisait pas de distinction entre les heures d'ouverture normales, les soirs de semaine et la fin de semaine.
- Chez les répondants ayant un médecin de famille (qu'ils soient inscrits ou non auprès du médecin) qui se sont présentés dans une clinique sans rendez-vous, 47 % l'ont fait parce que leur médecin de famille n'était pas disponible. Un autre 36 % ont dit qu'ils s'étaient présentés dans une clinique sans rendez-vous parce que c'était plus facile ou plus commode. Comparativement à l'exercice 2008-2009, on constate une hausse de 10 % du nombre de répondants qui ont eu recours aux services d'une clinique sans rendez-vous parce que leur médecin de famille n'était pas disponible.

Nous avons aussi constaté que les résultats provisoires de l'étude sur les équipes de santé familiale réalisée à la demande du Ministère indiquaient que les patients inscrits étaient généralement satisfaits de leur accès aux services de santé.

RECOMMANDATION 3

Pour s'assurer que les plans de diversification des modes de financement répondent à l'objectif d'améliorer l'accès aux médecins de famille, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit :

- surveiller périodiquement si les médecins participant à un plan de diversification des modes de financement offrent aux patients des heures de disponibilité suffisantes et commodes, y compris en dehors des heures normales d'ouverture, comme il est prévu dans le plan;

- effectuer un examen formel pour déterminer si les plans de diversification des modes de financement répondent à l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, surtout compte tenu du fait que les résultats du Sondage sur l'accès aux soins primaires du Ministère indiquent peu de changement par rapport à la situation d'il y a trois ans en ce qui concerne les périodes d'attente pour consulter un médecin de famille.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est en faveur d'une surveillance des plans de diversification des modes de financement pour s'assurer que les médecins offrent aux patients des heures de disponibilité suffisantes et commodes, notamment en dehors des heures normales. Le Ministère établira des normes de service et des mesures du rendement qui permettront de s'assurer que les cliniques sont ouvertes et accessibles aux patients inscrits.

Des mesures du rendement seront intégrées aux plans de diversification des modes de financement pour faire en sorte que les médecins qui participent aux plans connaissent les attentes du Ministère et les mécanismes qu'il emploie pour surveiller la conformité.

RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE FAMILLE

La rémunération autre que les paiements à l'acte versés au titre des plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille a augmenté considérablement entre 2006-2007 et 2009-2010, les paiements effectués aux termes des plans des organismes de santé familiale (incluant un montant de 153 millions de dollars relatif au financement des équipes de santé familiale) comptent pour la majeure partie de cette hausse, comme l'indique la Figure 5. Durant la même période, le nombre total de médecins participant à un plan de diversification des modes de financement s'est

Figure 5 : Dépenses relatives aux différents plans de diversification des modes de financement, 2006-2007 à 2009-2010 (en millions de dollars)

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

Modèle de rémunération	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Organismes de santé familiale (OSF) ¹	59	271	651	977
Groupes de santé familiale (GSF) ²	229	269	278	277
Réseaux de santé familiale (RSF) ¹	209	276	201	156
autre	256	152	181	221
Total	753	968	1 311	1 631

1. À l'exclusion des paiements à l'acte versés aux médecins pour la prestation de services à des patients non inscrits et la prestation de services non prévus au contrat à des patients inscrits

2. À l'exclusion des paiements à l'acte traditionnels versés avant le complément de 10 %

accru d'environ 730 (11 %) et le nombre de patients inscrits, de près de 1,8 million (24 %). La rémunération totale de tous les médecins de famille a augmenté de 32 % en trois ans, passant de 2,8 milliards en 2006-2007 à 3,7 milliards de dollars en 2009-2010. En 2009-2010, 66 % de tous les médecins de famille de l'Ontario participaient à un plan de diversification des modes de financement. Ils recevaient 76 % du montant total de la rémunération versée à l'ensemble des médecins de famille.

À notre demande, le Ministère a déterminé que les médecins de famille participant à un plan de diversification des modes de financement ont aussi gagné 1,2 milliard de dollars en paiements à l'acte supplémentaires en 2009-2010 pour la prestation de services médicaux non inclus dans la liste des services couverts par le paiement par capitation de base annuel, de même que pour la prestation de services à des patients non inscrits. Le Ministère ne sait pas combien chaque médecin participant à un plan de diversification des modes de financement reçoit au total, parce que ces plans permettent qu'une partie ou la totalité des paiements soient versés directement aux groupes de médecins, qui les redistribuent à leur discrétion.

Le personnel du Ministère nous a informés que le plan destiné aux groupes de santé familiale a initialement été conçu pour offrir une rémunération supérieure à celle du modèle traditionnel de rémunération à l'acte afin d'encourager les médecins à participer à un plan de diversification des modes

de financement. En vertu du plan, les médecins reçoivent une rémunération correspondant à 110 % du montant de la rémunération traditionnelle à l'acte. Dans le cas des autres plans de diversification des modes de financement, comme ceux des organismes de santé familiale (OSF) et des réseaux de santé familiales (RSF), les paiements par capitation de base ainsi que les paiements à l'acte pour les services non couverts et les services fournis à des patients non inscrits ont été conçus pour être neutres sur le plan des dépenses – c'est-à-dire que les coûts ne sont ni plus élevés ni plus faibles qu'avant. Le Ministère a indiqué que des paiements supplémentaires, comme des primes et des incitatifs, sont prévus dans tous les plans de diversification des modes de financement pour rémunérer et récompenser les médecins offrant des soins complets de qualité supérieure, ce qui rend les plans plus lucratifs pour les médecins que s'ils étaient rémunérés selon le modèle traditionnel de rémunération à l'acte.

Les paiements versés aux médecins de famille au titre des plans de diversification des modes de financement sont complexes. Par exemple, en 2009-2010, les types de paiements versés aux médecins travaillant au sein d'un GSF étaient au nombre de 42, et ceux versés aux médecins rattachés à un OSF, au nombre de 61. (Des exemples de types de paiements sont présentés à la Figure 1.) La majorité de ces paiements sont des incitatifs sous forme de primes et de bonifications. Par exemple, aux termes

des plans des GSF et des OSF, huit types d'incitatifs sont offerts aux médecins qui inscrivent des patients, et 12 types d'incitatifs sont proposés aux médecins qui offrent des services de prévention, comme l'administration de vaccins et de tests de dépistage du cancer.

En outre, la base de calcul du montant des paiements diffère selon le type de paiement. Par exemple, certains paiements (comme les paiements par capitation) sont fondés sur le nombre de patients inscrits (et certaines autres caractéristiques). D'autres (comme les éléments de la facturation pro forma et les incitatifs pour la prestation de services en dehors des heures normales) reposent sur le nombre de services réellement fournis aux patients inscrits. D'autres encore (comme les frais administratifs, les frais de formation médicale continue et les honoraires pour les heures d'astreinte pour le Service téléphonique d'aide médicale) sont calculés pour chaque médecin. Les médecins peuvent aussi recevoir des primes pour les services que leurs patients obtiennent auprès d'autres professionnels de la santé (par exemple, les vaccins contre la grippe, les mammographies et les tests de dépistage du cancer colorectal), à condition qu'un certain pourcentage des patients du médecin reçoivent ces services.

En raison des nombreux différents types de paiements, les plans de diversification des modes de financement sont plus difficiles à gérer et à surveiller pour le Ministère. Nous avons examiné les paiements par capitation et les primes d'accès, qui représentent ensemble plus de 50 % des paiements versés au titre des plans de diversification des modes de financement.

Paiements par capitation

Les médecins membres d'un RSF ou d'un OSF reçoivent généralement deux types de paiements par capitation (un paiement de base et un paiement pour la prestation de soins complets) pour chaque patient inscrit, que celui-ci consulte ou non le médecin durant l'année. Comme les RSF et les OSF reçoivent ces deux types de paiements pour tous les

patients inscrits, nous nous sommes interrogés sur la possibilité de combiner les taux de rémunération par capitation.

Nous avons constaté que les taux selon le système de capitation en Ontario, qui sont comparables à ceux qui sont en vigueur dans d'autres provinces canadiennes, sont fondés uniquement sur l'âge et le sexe du patient et ne tiennent pas compte de son état de santé ni de ses besoins en matière de soins. En comparaison, les paiements par capitation offerts aux médecins en Angleterre tiennent compte, en plus de l'âge et du sexe du patient, de son état de santé (morbidité); et en Nouvelle-Zélande, ils tiennent compte de la fréquence à laquelle le patient a recours à des services de soins de santé. L'établissement d'un lien entre l'état de santé et les besoins en soins d'un patient et le financement par capitation pour ce patient pourrait encourager les médecins à accepter de traiter les patients ayant des besoins complexes et éliminer la nécessité d'offrir des primes supplémentaires pour inciter les médecins à voir ces patients. Selon l'Entente sur les services de médecin conclue entre le Ministère et l'OMA, un groupe de travail sera mis sur pied pour produire d'ici décembre 2011 un rapport à l'intention du Ministère sur la mise à niveau de la méthodologie de rémunération par capitation.

Le taux de rémunération par capitation de base couvre les services aux patients prévus dans les contrats des plans de diversification des modes de financement. Le paiement par capitation pour chaque type de plan comprend différents services aux patients. Par exemple, les contrats des OSF couvrent près de 120 services et prévoient un taux par capitation qui peut être supérieur de 40 % à celui prévu dans les contrats des RSF, qui couvrent moitié moins de services. Les contrats des OSF comprennent des services comme les visites à domicile, les soins palliatifs et les injections uniques dans le cadre d'une chimiothérapie, qui ne sont pas couverts par les contrats des RSF. Les médecins assujettis à l'un de ces contrats facturent le Ministère à l'acte pour les services « non couverts » fournis à des patients inscrits. Notre analyse montre qu'en

2009-2010, en dépit du fait que les contrats des OSF couvrent deux fois plus de services que ceux des RSH, 27 % des services de médecin fournis à des patients inscrits auprès d'un OSF, comparativement à 32 % des services fournis à des patients inscrits auprès d'un RSF, n'étaient pas couverts et ont été facturés au Ministère pour un paiement à l'acte. Le Ministère a versé aux médecins des OSF et des RSF des montants supplémentaires de 72 millions et de 13 millions de dollars, respectivement, pour la prestation de services non couverts.

Nous avons en outre constaté que près de 30 % des demandes de paiement à l'acte pour des services non couverts concernaient l'administration de vaccins contre la grippe et des services techniques relatifs à des tests Pap (c.-à-d. le coût du matériel nécessaire à l'exécution des tests). Toutefois, le Ministère n'a pas effectué d'analyse de rentabilité pour déterminer quels services il conviendrait d'inclure dans la liste des services couverts aux termes des plans de diversification des modes de financement, ou s'il serait préférable de verser une rémunération par capitation pour la majorité sinon la totalité des services médicaux les plus courants.

Prime d'accès

Les médecins de famille appartenant à un OSF ou à un RSH dont les patients inscrits obtiennent des services de soins primaires ailleurs perdent une partie du paiement par capitation de base total qui revient normalement à leur cabinet, que l'on appelle prime d'accès. Ce montant est calculé mensuellement. La perte correspond au montant des paiements à l'acte versés par le Ministère au médecin qui a traité le patient, à concurrence d'une pénalité de 18,59 % du montant total du paiement par capitation de base du cabinet dans le cas d'un OSF et de 20,65 % dans le cas d'un RSF.

En 2009-2010, environ 1,3 million de patients inscrits auprès d'un OSF ou d'un RSF ont consulté 3,7 millions de fois un médecin de famille qui n'était pas le leur. (Cela représente près de 30 % des patients inscrits aux termes des plans visant

les OSF et les RSF, et dans près de 20 % des cas, les patients ont consulté un médecin de famille.) En conséquence, les paiements par capitation versés aux médecins des OSF et des RSF ont été réduits de 54 millions et de 4 millions, respectivement. Les données ministérielles pour l'année civile 2010 indiquent que 140 OSF et 6 RSF ont été pénalisés à concurrence du montant maximal durant au moins un mois, 25 OSF ayant été assujettis à la pénalité maximale tous les mois. Comme les cabinets visés avaient atteint le pourcentage de pénalité maximal, le Ministère n'a pas pu recouvrer les 11 millions de dollars supplémentaires qu'il a payés pour les patients inscrits qui ont obtenu des soins ailleurs. Il a donc payé deux fois pour les mêmes services – une fois sous forme de paiements par capitation versés aux OSF et aux RSF, et une autre fois sous forme de rémunération à l'acte versée aux autres médecins.

Nous avons aussi constaté qu'aucun montant n'était déduit de la prime d'accès si un patient inscrit s'adressait à un service d'urgence pour obtenir des soins non urgents. Notre analyse des demandes de paiement soumises en 2009-2010 a révélé que si les patients non inscrits se sont rendus dans des services d'urgence dans environ 10 % des cas pour obtenir des soins médicaux, les patients inscrits ne l'ont fait que légèrement moins souvent (environ dans 7 % des cas), plus de 40 % des visites des patients inscrits étant pour des soins non urgents.

RECOMMANDATION 4

Pour faciliter l'administration des plans de diversification des modes de financement actuels complexes pour les médecins de famille, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit envisager de réduire le nombre de plans et de simplifier les types de paiements. En outre, pour s'assurer que les plans de diversification des modes de financement sont rentables, le Ministère doit :

- examiner les paiements à l'acte versés aux médecins pour des services non couverts par le paiement par capitation annuel et

déterminer s'il est possible de réaliser des économies importantes en intégrant ces services au paiement par capitation;

- étudier la possibilité de négocier une réduction des paiements par capitation pour les patients qui consultent rarement ou jamais le médecin auprès duquel ils sont inscrits, ainsi qu'une réduction supplémentaire des paiements par capitation pour mieux tenir compte du coût des soins non urgents que les patients obtiennent auprès de médecins qui ne font pas partie du cabinet auprès duquel ils sont inscrits.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que l'éventail actuel de plans de diversification des modes de financement et la complexité des éléments de rémunération prévus dans chacun sont complexes. Il est favorable à une simplification des plans de diversification des modes de financement et à une réduction de leur nombre.

Le Ministère souligne cependant qu'il est avantageux d'offrir des bonifications et des primes spécifiques pour encourager la prestation de certains services ou activités qui font partie de ses priorités. Le maintien de ces bonifications et primes permet d'orienter les fonds vers des programmes présentant un intérêt particulier.

Le Ministère examinera les éléments de rémunération prévus au titre des plans de diversification des modes de financement afin de déterminer ceux qui pourraient être simplifiés.

Le Ministère est en faveur d'un examen des services actuellement inclus et exclus au titre des plans de diversification des modes de financement des réseaux de santé familiale et des organismes de santé familiale afin de déterminer s'il est nécessaire d'apporter des changements pour mieux tenir compte de l'ensemble de la gamme des services de soins primaires.

Le Ministère discute actuellement avec l'OMA des modifications qui pourraient être

apportées à la rémunération par capitation pour tenir compte de la gravité et de la complexité des cas des patients. Le Ministère fera part à l'OMA de son intérêt à l'égard de l'utilisation de coefficients fondés sur l'utilisation, en plus de ceux fondés sur la gravité et la complexité des cas des patients.

Le Ministère et l'OMA, par l'entremise du Comité des soins primaires, examinent à l'heure actuelle la politique relative au versement d'une prime d'accès. Cet examen porte sur les services actuels contribuant à la prime d'accès, les dispositions des contrats relatives aux primes d'accès négatives et les dispositions visant à s'assurer qu'il n'existe aucun incitatif involontaire encourageant le recours aux services d'urgence hors des heures d'ouverture des cliniques.

SURVEILLANCE

La plupart des provinces ayant des plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille, y compris l'Ontario, leur demandent d'adopter une facturation pro forma pour les services prévus dans leur contrat afin de recueillir de l'information sur la fréquence et la nature des services qu'ils fournissent. Toutefois, le Ministère nous a informés qu'il n'avait pas analysé les éléments de facturation pro forma pour déterminer le nombre de patients vus ou les services cliniques fournis par les médecins rémunérés aux termes d'un plan de diversification des modes de financement. Le Ministère a souligné que même s'il n'y avait pas de raison de penser que les médecins laisseraient passer les revenus qu'ils pourraient recevoir grâce à la facturation pro forma, il ne disposait d'aucune assurance que les médecins établissent effectivement une facturation pro forma pour tous les services prodigués aux patients. En conséquence, les données provenant de la facturation pro forma ne représentent pas nécessairement tous les services fournis aux patients.

Par ailleurs, même si le Ministère disposait de certains renseignements sur les coûts, il n'a pas fait de suivi du coût total de chaque plan depuis 2007-2008. Il ne peut donc pas comparer les montants payés pour les services fournis par les médecins de famille participant à différents plans de diversification des modes de financement ni les paiements versés pour les services médicaux fournis. Il ne peut pas non plus comparer les montants payés au titre des plans de diversification des modes de financement aux montants versés aux médecins de famille qui sont payés uniquement selon le modèle de rémunération à l'acte.

En outre, certains aspects des contrats des plans de diversification des modes de financement sont difficiles à surveiller, par exemple si les médecins invitent tous leurs patients à s'inscrire auprès de leur groupe ou s'ils refusent d'inscrire certains patients lorsqu'ils passent à un plan de diversification des modes de financement. Ces renseignements aideraient le Ministère à déterminer si les plans de diversification des modes de financement les plus coûteux atteignent les buts fixés.

De plus, sans renseignements fiables à propos des coûts relatifs et des niveaux de service fournis, il est plus difficile pour le Ministère de négocier efficacement avec l'OMA pour apporter les changements aux plans de diversification des modes de financement qui lui permettraient d'atteindre ses buts ou de consolider les plans actuels. Le Ministère nous a informés que l'objectif premier était d'encourager le plus de médecins de famille possible à adhérer à un plan de diversification des modes de financement afin d'améliorer l'accès des patients, de stabiliser le revenu des médecins et de mieux prévoir ses propres dépenses. Il a souligné qu'il entend accroître sa surveillance des contrats, puisque plus de 60 % des médecins de famille participent maintenant à un plan de diversification des modes de financement.

RECOMMANDATION 5

Pour obtenir les renseignements qui faciliteraient une meilleure surveillance des avantages et des coûts de chaque plan de diversification des modes de financement pour les médecins de famille, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit :

- examiner périodiquement les données de la facturation pro forma pour déterminer la fréquence et la nature des services fournis par les médecins au titre de chaque plan;
- assurer le suivi du montant total versé aux médecins participant à chacun des plans;
- assurer le suivi des montants moyens versés à chaque médecin pour en valider le caractère raisonnable et pour pouvoir les comparer aux montants versés aux médecins payés en vertu du modèle traditionnel de rémunération à l'acte.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie les recommandations concernant l'amélioration de la surveillance des plans de diversification des modes de financement. Il reconnaît qu'une surveillance accrue des contrats lui permettra de mieux garantir l'atteinte de ses buts et objectifs à l'égard des plans, et il mettra en oeuvre les activités de surveillance dont il est question dans les recommandations, comme suit :

- l'introduction d'un processus d'examen des services faisant l'objet d'une facturation pro forma par les médecins au titre des plans de diversification des modes de financement des réseaux de santé familiale et des organismes de santé familiale afin de garantir que le volume et la nature des services sont conformes aux niveaux de service attendus et aux services prévus dans les contrats;
- le suivi des paiements totaux versés annuellement au titre de chaque modèle;

- l'établissement d'un mécanisme de suivi des paiements versés à chaque médecin pour pouvoir comparer les paiements au taux de base remis au titre des plans de diversification des modes de financement

des réseaux de santé familiale et des organismes de santé familiale avec ceux remis au titre de la rémunération à l'acte, grâce aux données de la facturation pro forma.