

Diversification des modes de financement pour les médecins de famille

Suivi des audits de l'optimisation des ressources, section 3.06 du *Rapport annuel 2011*

Contexte

Dans le passé, les médecins de famille de l'Ontario étaient presque toujours payés par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé) selon le mode de la rémunération à l'acte pour la prestation de services médicaux. Ces 10 dernières années, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a considérablement accru le recours à des plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille afin, entre autres, d'améliorer l'accès des patients aux soins et de stabiliser le revenu des médecins.

Il y a 17 types de plans de diversification des modes de financement pour les médecins de famille. Aux termes de nombreux plans de financement, au lieu de recevoir des honoraires pour chaque service rendu, le médecin reçoit une rémunération annuelle (paiement par capitation) pour la prestation de certains services déterminés à chaque patient inscrit (c'est-à-dire chaque patient qui accepte de le consulter comme médecin de famille habituel). Les médecins peuvent être rémunérés à l'acte pour les services additionnels ainsi que les

services fournis à des patients non inscrits (pour une liste des types de paiements que les médecins peuvent recevoir, voir la Figure 1). Comme au moment de notre audit de 2011, les ententes des groupes de santé familiale (GSF), des organismes de santé familiale (OSF) et des réseaux de santé familiale (RSF) couvraient plus de 90 % des médecins de famille visés par des plans de diversification des modes de financement et plus de 90 % des patients inscrits.

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 spécifie les services que les médecins doivent fournir et la rémunération que la province leur versera pour les services rendus. Jusqu'ici, l'entente était généralement négociée tous les quatre ans, mais la plus récente couvre seulement une période de deux ans et sera donc renégociée en 2014.

À la fin de l'exercice 2012-2013, 8 100 des 12 500 médecins de famille de la province participaient à des plans de diversification des modes de

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
Païement 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, quels que soient le nombre de services prodigués et le nombre de fois que le patient consulte le médecin (p. ex. 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.
Païement 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 (p. ex. l'orientation vers d'autres fournisseurs de soins de santé).
Païement par capitation pour les patients présentant des besoins complexes	Montant fixe versé au médecin qui inscrit un patient présentant des besoins complexes.
Païement 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 ».
Païement 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	Païements supplémentaires versés aux médecins pour la prestation de services particuliers (p. ex. 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.

financement (7 700 de presque 12 000 médecins de famille en 2010-2011), et 10 millions d'Ontariens étaient inscrits auprès de ces médecins (9,5 millions en 2010-2011). Des 4,2 milliards de dollars versés aux médecins de famille de la province en 2012-2013 (3,7 milliards en 2009-2010), 3,4 milliards étaient destinés aux médecins participant à des plans de diversification des modes de financement (plus de 2,8 milliards en 2009-2010). Sur ce montant, 2,2 milliards de dollars étaient liés à des paiements autres qu'à l'acte, comme les paiements annuels par capitation (1,6 milliard en 2009-2010).

Dans notre *Rapport annuel 2011*, nous avons constaté que la plupart des médecins de famille qui participaient à ces plans en 2007-2008 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 % de la rémunération totale versée aux médecins de famille. Le Ministère n'avait pas fait de suivi du total des coûts associés à chacun de ces plans depuis 2007-2008 ni déterminé si les avantages attendus de ces plans plus dispendieux s'étaient concrétisés.

Nous avons notamment observé ce qui suit :

- En se fondant sur les résultats d'un sondage mené à sa demande, le Ministère a estimé que, grâce à diverses initiatives, y compris les plans de diversification des modes de financement, le nombre d'Ontariens ayant un médecin de famille avait augmenté de presque 500 000 entre 2007 et 2010. Cependant, les patients sondés indiquaient généralement que les temps d'attente pour voir un médecin n'avaient pas beaucoup changé. Plus de 40 % des patients réussissaient à voir leur médecin dans les 24 heures, mais les autres devaient attendre une semaine ou plus.
- Des 8,6 millions de patients inscrits auprès d'un OSF ou d'un GSF, 1,9 million (22 %) n'avaient pas consulté leurs médecins en 2009-2010; ceux-ci avaient quand même reçu un total de 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.
- Le paiement annuel par capitation pour chaque patient inscrit auprès d'un OSF pouvait être de 40 % supérieur à celui pour les patients inscrits auprès d'un RSF, parce que les ententes de l'OSF couvraient près de deux fois plus de services. Néanmoins, en 2009-2010, 27 % des services fournis aux patients inscrits auprès d'un OSF n'étaient pas couverts par l'entente, et le Ministère a versé 72 millions de dollars de plus aux médecins pour la prestation de ces services. Par ailleurs, 30 % de ces services se rapportaient à l'administration de vaccins contre la grippe et à des tests Pap. Or, le Ministère n'avait pas cherché à déterminer s'il serait plus rentable d'intégrer ces soins et d'autres services médicaux relativement courants au paiement annuel par capitation.

Nous avons recommandé certaines améliorations, et le Ministère s'était engagé à prendre des mesures en réponse à nos préoccupations.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Au printemps et à l'été 2013, le Ministère nous a fourni de l'information sur l'état des recommandations formulées dans notre *Rapport annuel 2011* et indiqué qu'il avait fait des progrès dans leur mise en oeuvre. Par exemple, le Ministère a commencé à vérifier périodiquement si les groupes de médecins satisfont aux exigences en matière de service après les heures. Cependant, il faudra plus de temps pour mettre en oeuvre la plupart des autres recommandations, comme surveiller la fréquence et la nature des services de médecin fournis aux patients, surveiller la rémunération moyenne versée aux médecins de famille qui participent au plan de diversification des modes de financement et examiner l'impact du nombre de patients inscrits sur l'accès des patients aux soins, ainsi que l'impact des incitatifs financiers actuels sur les patients ayant des besoins complexes. Le Ministère et l'OMA ont convenu de mener un certain nombre d'études conjointes sur beaucoup de nos préoccupations concernant l'accès des patients aux soins. Ils s'attendent à terminer ces études d'ici avril 2014 afin d'éclairer les négociations de 2014 entre le Ministère et l'OMA.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé dans les sections qui suivent.

ÉTABLISSEMENT DES PLANS 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'informations pertinentes 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.*

État

Le Ministère a entrepris une évaluation formelle des deux principales ententes sur la diversification des modes de financement, soit celles des groupes de santé familiale (GSF) et des réseaux de santé familiale (RSF). L'évaluation devrait mesurer l'efficacité des modèles par rapport aux objectifs fixés et fournir des renseignements de base sur la performance des modèles des GSF et des OSF par rapport au modèle traditionnel de rémunération à l'acte. Elle devrait inclure un examen détaillé de la documentation de chaque administration, une analyse des données du système de paiement des demandes de règlement et des sondages auprès des patients et des médecins. Au moment de notre audit, le Ministère nous a dit qu'il travaillait aux deux premiers volets de l'évaluation (examen de la documentation et analyse des données), et qu'il envisageait d'utiliser son nouveau Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé pour solliciter les opinions des patients et des médecins. Le Ministère s'attend à terminer l'évaluation d'ici janvier 2014.

Le Ministère a ajouté qu'il continuerait de calculer tous les coûts associés à toute nouvelle entente

sur la diversification des modes de financement et à toute modification aux ententes existantes avant les négociations. Aucun nouveau type d'entente sur la diversification des modes de financement n'est apparu depuis notre audit. Le Ministère nous a informés qu'avant de négocier l'Entente de 2012 sur les services de médecin avec l'OMA, il avait préparé une série de propositions sur différents aspects des ententes sur la diversification des modes de financement pour les médecins de famille. Ces propositions visaient à simplifier les différents types de paiements prévus dans les contrats ou à en réduire le nombre, à réaliser des économies, à mieux définir les attentes en matière de services et les mesures de rendement, et à améliorer l'accès à des soins de qualité. Dans la plupart des cas, ces propositions contenaient des renseignements sur les coûts prévus des modifications proposées. Les modifications apportées à l'Entente de 2012 sur les services de médecin en conséquence de ces propositions sont mentionnées aux endroits appropriés dans ce suivi.

Le Ministère nous a également informés qu'il avait raffiné ses procédures d'inscription en incluant une liste de vérification des documents requis, dont un contrat signé et des formulaires de déclaration, avant de commencer à payer les médecins aux termes des ententes sur la diversification des modes de financement. Ce processus devrait aider le Ministère à s'assurer que des contrats signés et des formulaires de déclaration sont en place pour les nouvelles ententes ou pour les médecins qui se joignent aux ententes existantes. Le Ministère nous a dit qu'il ne vérifiait pas si les médecins existants avaient signé des contrats ou rempli des formulaires de déclaration.

PATIENTS INSCRITS

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.

État

Le Ministère nous a informés qu'il prévoyait d'examiner ses politiques concernant :

- la pertinence des paiements par capitation pour les patients inscrits qui passent au moins un an sans visiter le médecin auprès duquel ils sont inscrits;
- l'impact des contrôles associés au nombre minimum d'inscriptions sur l'accès aux soins;
- le lien entre la désinscription et la complexité des soins et la nécessité d'améliorer ou de modifier les incitatifs monétaires pour assurer un accès continu aux soins.

Le Ministère a identifié les données et ressources requises pour effectuer les examens, mais il n'a pas encore extrait les données nécessaires à cette fin. Il nous a avisés que toute modification proposée découlant des examens de principe devrait être négociée avec l'OMA, soit lors de la prochaine ronde de négociations sur l'Entente de 2014 sur les services de médecin, soit dans le cadre du processus de modification contractuelle prévu dans l'Entente de 2012 sur les services de médecin.

Dans sa réponse de 2011 à notre recommandation, le Ministère avait indiqué qu'un groupe de travail conjoint du Ministère et de l'OMA avait commencé, avec l'aide de l'Institut de recherche en services de santé, à évaluer les façons possibles de modifier le taux de capitation afin de régler les problèmes liés au maintien des patients ayant des besoins complexes dans les modèles de financement par capitation (le taux actuel tient compte seulement de l'âge et du sexe du patient). L'étude était à la base d'un modificateur d'acuité provisoire inclus dans l'Entente de 2012 sur les services de médecin, qui est mentionnée dans la recommandation qui suit. Le Ministère nous a informés qu'il s'attendait à négocier un modificateur d'acuité permanent lors de la prochaine ronde de négociations avec l'OMA.

ACCÈS DES PATIENTS À DES SERVICES DE SOINS PRIMAIRES

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.

État

Au moment de notre suivi, le Ministère avait mis en oeuvre un processus de surveillance annuel afin

d'évaluer la prestation des services après les heures par les médecins de famille participant à des ententes sur la diversification des modes de financement, et mis au point un processus afin d'encourager les médecins délinquants à prendre des mesures correctives. Les contrats définissent le terme « après les heures » comme du lundi au jeudi après 17 h et n'importe quand du vendredi au dimanche inclusivement. Au moment de notre audit de 2011, le Ministère procédait à un examen spécial des demandes de règlement pour les services fournis après les heures qui avaient été présentées par des RSF, des OSF et des GSF pour le mois de juin 2010 afin de déterminer si les groupes de médecins s'étaient conformés aux exigences de service après les heures. Le Ministère nous a informés qu'il avait réitéré l'exercice pour juin 2011 et juin 2012 et constaté une légère amélioration des taux de conformité au cours des deux dernières années, comme le montre la Figure 2. Une exemption de l'obligation de fournir des services après les heures peut être obtenue auprès du Ministère si plus de 50 % des médecins du groupe fournissent certains autres services en dehors des heures normales de travail, par exemple, dans les salles d'urgence. Le Ministère nous a avisés que, depuis 2011, il exigeait de tous les groupes de médecins qui satisfont aux critères d'exemption et qui désirent être exemptés de l'obligation de service après les heures qu'ils présentent une nouvelle demande chaque année pour s'assurer qu'ils demeurent admissibles à l'exemption. Selon le Ministère, le nombre d'OSF

Figure 2 : Pourcentage des groupes de médecins qui se conforment aux dispositions de leur plan concernant les services à offrir en dehors des heures normales

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

Entente de financement	Juin 2010 (%)	Juin 2011 (%)	Juin 2012 (%)
GSF	75	79	76
RSF	41	57	50
OSF	60	72	62

qui doivent offrir des services après les heures a augmenté de près de 40 % en deux ans, ce qui devrait améliorer l'accès aux services, pratiquement sans changement pour les GSF et les RSF.

Le Ministère nous a avisés qu'il avait dressé une liste des exigences contractuelles en vigueur dans les ententes sur la modification des modes de financement conclues avec les GSF et les OSF et évalué l'impact de chaque exigence contractuelle en termes de risque financier et de risque pour l'accès des patients. Dans son évaluation, le Ministère a identifié deux exigences contractuelles à risque élevé pour lesquelles il n'avait pas de processus de surveillance en place. L'une de ces exigences concernait les services de médecin (p. ex. la capacité de fournir des soins médicaux complets aux patients) et l'autre, les heures d'ouverture normales. Le Ministère nous a informés que le développement de processus de surveillance pour ces deux exigences était une priorité et qu'il s'attendait à les mettre en place d'ici janvier 2014.

Selon le Ministère, l'amélioration de l'accès des patients aux soins primaires était un thème clé des négociations de 2012 avec l'OMA. À cette fin, l'Entente de 2012 sur les services de médecin contient certaines dispositions visant à améliorer l'accès aux médecins de famille, y compris :

- des primes pour encourager les visites à domicile;
- l'intégration d'un modificateur d'acuité provisoire aux paiements par capitation afin de tenir compte de la gravité de l'état d'un patient;
- des exigences améliorées de service après les heures pour les groupes de plus de 10 médecins (p. ex. aux termes de l'Entente de 2012, les cabinets de 10 médecins doivent offrir chaque semaine au moins sept blocs de services de trois heures après les heures normales de travail, tandis que les cabinets de 100 médecins doivent offrir 20 blocs de services de trois heures. Aux termes de l'ancienne entente, tous les cabinets de plus de

cinq médecins devaient offrir chaque semaine un minimum de seulement cinq blocs de services de trois heures).

Le Ministère compte surveiller les visites à domicile au moyen des demandes de règlement pour services médicaux à l'acte ou de la facturation pro forma, et les services améliorés après les heures pour les groupes nombreux au moyen du processus de surveillance annuel décrit plus haut. Comme le modificateur d'acuité nécessite un calcul et un paiement ponctuels, aucune activité de surveillance n'est prévue.

L'Entente de 2012 sur les services de médecin incluait également des engagements, par le Ministère et l'OMA, à mener deux études conjointes sur l'accès des patients aux médecins de premier recours, comme suit :

- une étude de l'accès de jour aux médecins de premier recours qui participent aux différentes ententes sur la diversification des modes de financement, qui inclurait des recommandations sur des lignes directrices possibles concernant les opérations de jour, notamment des normes sur la taille des groupes ainsi que des stratégies et un soutien pour que les patients puissent accéder aux services d'un médecin la journée même ou le lendemain;
- un examen de principe de la valeur des primes d'accès (montants déduits des paiements par capitation aux médecins des RSF ou des OSF lorsque leurs patients inscrits sollicitent un traitement non urgent hors de leur cabinet), l'impact sur les services d'urgence, les exemptions pour les centres de soins urgents et les cabinets axés sur la médecine générale, et l'impact des cliniques sans rendez-vous.

Les deux études seront réalisées par un comité conjoint du Ministère et de l'OMA qui est censé présenter son rapport avant avril 2014. Le Ministère nous a informés qu'il tiendrait compte des recommandations formulées dans les deux études conjointes dans l'élaboration des propositions pour la ronde de négociations de 2014 avec l'OMA.

RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE FAMILLE

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.

État

Le Ministère nous a avisés que, durant les négociations de 2012 avec l'OMA, il avait proposé de passer à un modèle unique de paiement par capitation qui couvrirait plus de services cliniques qu'avant. Il a également proposé de simplifier les types de paiements prévus dans les différents contrats. Or, les négociations avec l'OMA n'ont pas entraîné de changement dans le nombre d'ententes, ni dans la liste de services couverts par chaque type d'entente.

Les négociations de 2012 avec l'OMA ont quand même abouti à des changements dans les types de paiements versés aux médecins. Selon l'Entente de 2012 sur les services de médecin, certains types de paiements ont été éliminés de toutes les ententes de financement, tandis que d'autres types de paiements ont été éliminés de seulement quelques-unes

des ententes. Dans l'ensemble, cela a permis de ramener le nombre de types de paiements de 42 à 37 pour les médecins des GSF et de 61 à 52 pour les médecins des OSF.

Le Ministère a ajouté qu'il prévoyait d'examiner toutes les primes prescrites dans les différents contrats afin de repérer les possibilités de simplifier davantage les paiements. Il s'attend à se fonder sur les résultats de cet examen pour proposer des modifications à l'OMA en 2014.

En ce qui concerne le taux de capitation versé aux médecins pour les patients qu'ils voient rarement ou jamais, la dernière ronde de négociations avec l'OMA n'a pas entraîné de réduction des taux de capitation pour ces patients. Le Ministère espère plutôt établir un modificateur d'acuité qui tiendra compte de l'utilisation des services selon les modèles de paiement par capitation. La dernière ronde de négociations n'a pas non plus permis d'accroître le montant de pénalité déduit des paiements par capitation (c'est-à-dire la prime d'accès) aux médecins lorsque leurs patients inscrits sollicitent un traitement non urgent hors de leur cabinet. Comme il est noté dans la recommandation qui précède, le Ministère et l'OMA se sont engagés à procéder à un examen de principe conjoint du paiement de la prime d'accès dans le cadre des modèles fondés sur la capitation comme ceux des RSF et des OSF. Dans sa réponse de 2011, le Ministère précisait qu'un examen semblable était en cours à ce moment-là. Cet examen a toutefois été suspendu après le début des négociations avec l'OMA.

SURVEILLANCE

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 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.*

État

Au moment de notre suivi, le Ministère était à planifier des activités de surveillance qui appliqueraient les recommandations ci-dessus et appuieraient les futures modifications à la conception des programmes ou des politiques pour les modèles fondés sur la capitation, y compris ceux des RSF et des OSF. Le Ministère nous a informés qu'il avait identifié ses besoins en données et extrait des données aux fins de l'analyse initiale, et qu'il était en train de préparer des rapports de production périodiques aux fins du suivi et de l'analyse des paiements. Le Ministère s'attend à générer des rapports de production périodiques d'ici la fin de l'automne 2013 et à commencer ses activités de surveillance régulières peu après.