

Programmes des organisations de services de santé et du réseau de soins primaires

CONTEXTE

La Direction de la diversification des modes de paiement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée est chargée de l'administration et du financement du Programme des organisations de services de santé (OSS) et du Programme du réseau de soins primaires (RSP). Les deux programmes sont financés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

On entend en règle générale par «soins primaires» les soins prodigués au moment de la première rencontre entre un patient et un membre du système de soins de santé. Ces soins peuvent être offerts par un omnipraticien, une infirmière praticienne ou un autre professionnel.

Le Programme des organisations de services de santé (OSS) a vu le jour en 1973. Chaque OSS englobe des médecins qui ont accepté d'offrir un ensemble défini de services de soins de santé aux patients inscrits en tant que membres de cette organisation. Au mois de mars 2000, 58 médecins financés et 5 OSS à but non lucratif offraient des services de soins primaires à environ 310 000 personnes inscrites.

En 1999, le ministère a lancé le RSP en tant que nouveau modèle de prestation de services de soins primaires. Le *Budget de l'Ontario* présenté en mai 2000 indique que le gouvernement «vise à ce que 80 pour 100 des omnipraticiens admissibles interviennent dans des réseaux de soins primaires au cours des quatre prochaines années».

Tous les RSP englobent un groupe de médecins qui prodiguent des services définis de soins primaires à des patients inscrits. Au moment de notre vérification, les RSP pilotes faisaient l'objet d'un examen à sept endroits en Ontario. Le Programme du RSP vise à présenter un accès plus facile aux services de soins primaires et une meilleure coordination

de l'information en matière de soins de santé, et à permettre de réduire les pertes et le chevauchement dans le système de soins de santé.

Au cours de l'exercice financier 1999-2000, le ministère, grâce à son Programme d'assurance-santé, a accordé des paiements de transfert s'élevant à environ 75 millions de dollars aux OSS et à 11 millions aux RSP.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Les objectifs de notre vérification consistaient à évaluer si :

- la gestion du Programme des organisations de services de santé était assurée en tenant compte des principes d'économie;
- des mesures satisfaisantes ont été mises de l'avant pour mesurer et rendre compte de l'efficacité du Programme des organisations de services de santé;
- le ministère est doté de mesures adéquates pour veiller à ce que le Programme du réseau de soins primaires soit établi en tenant compte des principes d'économie, d'efficacité et d'efficacités.

La vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait en conséquence les sondages et autres procédures que nous avons jugés nécessaires dans les circonstances. Avant d'entreprendre la vérification, nous avons déterminé les critères qui serviraient à en établir les objectifs, critères qui ont été examinés et acceptés par la haute direction du ministère.

Dans le cadre de la présente vérification, nous avons examiné et analysé les politiques et les procédures, interrogé des fonctionnaires du ministère et des experts externes oeuvrant dans le domaine des soins primaires, passé en revue de la documentation connexe et fait des recherches sur la prestation de soins de santé primaires offerts à d'autres endroits. Nous avons également examiné le travail effectué par le Service de la vérification interne du ministère. Le Service n'ayant publié aucun rapport récent sur les programmes, nous n'avons pas été en mesure de réduire notre travail de vérification. La plupart de notre travail de vérification a été achevé en avril 2000.

CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

Le ministère n'a pas mis en application intégralement les recommandations issues de notre vérification de 1994 portant sur le Programme des organisations de services de santé (OSS). Par conséquent, bon nombre de nos principales inquiétudes rattachées à la présente vérification sont similaires à celles soulevées en 1994.

Afin de s'assurer que le Programme des OSS respecte les principes économiques et peut honorer ses objectifs, le ministère a dû :

3.10

- vérifier à intervalles réguliers les patients inscrits aux OSS pour veiller à ce que celles-ci ne reçoivent pas de financement excédentaire. La seule fois où on a vérifié l'inscription des patients, on a déterminé qu'environ 8 000 des 18 000 patients choisis n'étaient pas admissibles;
- s'assurer que les OSS respectent les restrictions liées à l'inscription et à la facturation sur la rémunération à l'acte et, le cas échéant, récupérer les trop-payés;
- mener son étude en comparant l'utilisation et les coûts des soins de santé des OSS avec les pratiques sur la rémunération à l'acte.

Dans le cas du Group Health Association (l'Association), le ministère n'a pas mené d'évaluation officielle visant à déterminer si l'on obtenait une optimisation des ressources relativement au financement annuel de plus de 20 millions de dollars offert à l'Association.

Nous concluons qu'afin de veiller à ce que le nouveau Programme du réseau de soins primaires (RSP) soit établi en tenant compte des principes d'économie, d'efficacité et d'efficacité, le ministère doit :

- veiller à étudier attentivement, à la lumière de l'expansion prévue du Programme, le rapport intérimaire de l'évaluation des projets pilotes du RSP et des résultats de l'étude en comparant l'utilisation et les coûts des OSS avec les pratiques sur la rémunération à l'acte;
- revoir les options visant à rajuster les taux selon le système de capitation (par personne) afin de s'assurer que le financement offert aux RSP tient compte équitablement des niveaux et des divers types de services offerts;
- évaluer l'incidence des différents modèles de financement en matière de soins primaires sur le caractère opportun du médecin qui renvoie les patients aux spécialistes;
- s'assurer que le nombre maximal de patients que chaque médecin peut inscrire est raisonnable et que les inscriptions font l'objet d'une vérification périodique;
- élaborer des mesures et des normes de rendement visant à contrôler et à évaluer la rentabilité des RSP;
- mettre sur pied un système d'information sur le rendement en santé qui répond aux besoins du ministère et des RSP.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

ORGANISATIONS DE SERVICES DE SANTÉ

Aux termes d'une entente type conclue avec le ministère, les organisations de services de santé (OSS) acceptent d'offrir des services de soins primaires définis aux patients inscrits auprès d'eux. Les patients inscrits auprès d'une OSS doivent être admissibles à la Protection-santé de l'Ontario (OHIP) et doivent accepter qu'ils se serviront en règle générale du Programme des OSS comme principale source de services de soins primaires.

Voici les objectifs énoncés du Programme des OSS :

- élaborer un système coordonné sur la prestation de services de santé qui soit accessible, efficace et économique et optimiser les ressources en soins de santé;
- améliorer l'état de santé de la population grâce à la présentation de mesures sur des soins de santé intégrés et sur la prévention de la maladie;
- appuyer les médecins et les autres professionnels de la santé.

Les OSS reçoivent un financement mensuel du ministère d'après le nombre de patients inscrits. Le calcul de ce financement repose sur des taux selon un système de capitation (par personne) fondés sur l'âge et le sexe des patients inscrits. Ce financement ne tient pas compte du volume de services offerts. Outre leurs paiements par capitation, les médecins des OSS reçoivent de OHIP un paiement à l'acte pour les services offerts aux patients non inscrits.

MISE À JOUR ET VÉRIFICATION DES INSCRIPTIONS

VÉRIFICATION DES INSCRIPTIONS

Le financement des OSS étant tributaire du nombre de patients inscrits qui sont déclarés par chaque OSS, il faut obtenir le nombre exact de patients inscrits de sorte que les OSS ne reçoivent pas de financement excédentaire. Les patients qui n'utilisent plus les services particuliers des OSS risquent de continuer d'être inscrits auprès des OSS de sorte que le ministère ne cesse de payer dans le cas de ces patients qui sont toujours inscrits. Dans le cadre de notre vérification de 1994, nous avons constaté que les inscriptions auprès des OSS ne faisaient pas l'objet d'une vérification adéquate. À ce moment-là, le ministère a indiqué qu'il vérifierait les inscriptions auprès des OSS et confirmerait auprès des patients leur inscription continue aux OSS.

Dans la présente vérification, toutefois, la vérification inadéquate des inscriptions des patients suscite toujours des inquiétudes. Les patients qui s'inscrivent ou ne font plus partie de la liste des OSS doivent apposer leur signature et la date sur un formulaire. Même si les données sur les formulaires sont soumises de façon électronique au ministère, ceux-ci sont conservés dans les OSS. À ce chapitre, le ministère vérifie les signatures pour veiller au moyen d'un échantillonnage à ce que les OSS aient obtenu des formulaires signés et datés pour tous leurs patients inscrits et à s'assurer que l'information soumise au ministère est exacte. Entre 1995 et 1998, le personnel du ministère a mené la vérification

3.10

des signatures de 23 OSS. Toutefois, aucune vérification de signature n'a été effectuée depuis août 1998.

Dans le cas de la vérification des signatures, nous avons constaté que les procédures requises n'ont pas toujours été suivies et que des mesures correctives n'ont pas toujours été prises. Au cours d'une vérification, en outre, environ la moitié des formulaires d'inscription qui ont été passés en revue à une OSS n'étaient pas soit signés, soit datés. Le ministère n'y a pas donné suite pour veiller à ce que l'OSS obtienne ultérieurement les formulaires dûment remplis des patients.

De plus, l'entente type conclue entre le ministère et les OSS permet au ministère d'exiger qu'une OSS vérifie annuellement jusqu'à 5 pour 100 de ses inscriptions afin de déterminer si les patients sont toujours admissibles à être inscrits auprès de l'OSS. D'après les résultats, le ministère peut demander la tenue d'autres vérifications.

La vérification des inscriptions n'a été effectuée qu'une seule fois. Le ministère a choisi environ 5 pour 100 des patients inscrits en mars 1997 auprès de chaque OSS pour que ces organisations en assurent la vérification. Le ministère a sélectionné des patients à risques élevés d'inadmissibilité auprès d'une OSS, soit les patients qui peuvent être décédés ou sont susceptibles de ne plus habiter dans la zone géographique de l'OSS.

Nous avons remarqué que le personnel du ministère n'avait pas compilé ni analysé les résultats de la vérification des inscriptions et n'avait pas préparé de rapport officiel à l'intention de la haute direction du ministère. Nous avons dressé un sommaire des résultats et avons constaté :

- qu'environ 8 000 des 18 000 patients choisis pour faire l'objet d'une vérification, soit un taux de 44 pour 100, devaient être enlevés de la liste des OSS;
- que 16 des OSS devaient retirer 60 pour cent ou plus des patients ayant fait l'objet d'une vérification. Parmi ces OSS, quatre d'entre elles ont dû éliminer 80 pour 100 de leur échantillonnage.

Le financement du ministère dans le cas de ces OSS a été réduit pour tenir compte de ces changements apportés aux inscriptions.

D'après les critères de risques du ministère, certaines listes des OSS comptaient plus de 5 pour 100 de leurs patients dans la catégorie «risques élevés». Or, seulement un taux initial de 5 pour 100 a fait l'objet d'un examen. De plus, on n'a pas demandé aux OSS qui ont dû éliminer l'inscription d'un pourcentage élevé de leurs patients de mener d'autres vérifications.

RETENUES

Si un patient inscrit a recours à des services de santé à l'extérieur de l'OSS qui est censée les prodiguer, une retenue (négation) est effectuée sur un paiement ultérieur versé à cette OSS. Actuellement, le montant de retenue correspond à 50 pour 100 du montant réel payé par OHIP pour les services qui ont été obtenus par un patient à l'extérieur de l'OSS auprès de laquelle celui-ci est inscrit.

Cependant, les retenues ne sont pas un incitatif financier pour qu'une OSS puisse éliminer l'inscription d'un patient de sa liste à moins que la retenue soit supérieure au paiement reçu par l'OSS pour ce patient. De plus, les retenues ne s'appliquent pas lorsque les

services pour lesquels une OSS a été financée pour offrir de tels services sont administrés par les médecins qui ne facturent pas OHIP, dont les médecins employés par des centres de santé communautaire. Les retenues ne seront pas efficaces si le patient a quitté l'Ontario ou est décédé, mais son nom n'a pas été supprimé de la base de données des personnes inscrites à OHIP.

Recommandation

Afin de veiller à ce que les paiements destinés aux organisations de services de santé (OSS) ne soient versés que dans le cas des patients qui reçoivent réellement des soins primaires d'une organisation, le ministère doit :

- **mettre en œuvre des procédures de vérification régulières de l'inscription auprès des OSS;**
- **appliquer autant que possible les retenues dans le cas des services de soins primaires offerts aux patients inscrits à une liste par les médecins financés par d'autres systèmes.**

Réponse du ministère

Le ministère prévoit mettre en œuvre un système global de vérification des inscriptions qui sera compatible au nouveau système de réseau de soins primaires (RSP) et qui permettra d'effectuer des vérifications à intervalles plus réguliers. Le ministère étudie les politiques et les procédures courantes relatives à la vérification des signatures auprès des OSS afin que l'on puisse élaborer un système de vérification global. Ces deux mesures permettront de faire en sorte que les paiements aux OSS ne soient versés que pour les patients admissibles.

Dans la mesure du possible, on mettra en application des retenues sur les services de soins primaires offerts aux patients des OSS par les médecins payés par d'autres sources de financement.

LIMITES IMPOSÉES AUX INSCRIPTIONS ET À LA FACTURATION

Le Programme des OSS a connu une croissance rapide à la fin des années 1980. En 1991, toutefois, le ministère a freiné l'expansion du Programme en raison des inquiétudes suscitées par l'efficacité des coûts. En 1993, le ministère ainsi que l'Ontario Medical Association ont convenu de restreindre les inscriptions aux OSS à 2 500 patients par médecin équivalent à temps plein oeuvrant dans une OSS. Même si la rémunération à l'acte pour les patients non inscrits était limitée à 50 000 \$ par année pour un seul médecin de l'OSS, la limite globale pour chaque OSS a été fixée à 30 000 \$ par médecin équivalent à temps plein faisant partie d'une OSS.

Dans le cadre de notre vérification de 1994 du Programme des OSS, nous avons recommandé que le ministère dresse des procédures pour veiller à ce que les OSS se

3.10

conformement aux limites établies. Le ministère a indiqué que les procédures étaient en cours d'élaboration et seraient mises en application sous peu.

Nous avons comparé les limites imposées aux inscriptions aux OSS et à la rémunération à l'acte avec les données mises à jour par le ministère pour les exercices financiers 1997-1998 et 1998-1999 et avons constaté que plusieurs OSS avaient excédé leurs limites.

D'après ces données, le personnel du ministère a estimé ultérieurement que les trop-payés pour les exercices 1997-1998 et 1998-1999 s'élevaient à environ 200 000 \$, soit la somme excédant les limites imposées à la facturation à l'acte, et à 133 000 \$ pour l'excédent des limites imposées aux inscriptions.

Recommandation

Afin de veiller à ce que les organisations de services de santé (OSS) soient financées conformément aux limites imposées au nombre d'inscriptions et à la rémunération à l'acte, le ministère doit surveiller la conformité des OSS à ces restrictions.

Réponse du ministère

Le recouvrement de l'excédent sur la limite imposée à la rémunération à l'acte pour les deux exercices précédents débutera à l'automne 2000.

Le recouvrement de l'excédent sur la limite imposée au nombre d'inscriptions a été difficile à appliquer précédemment en raison de la nature rétroactive de la dernière entente avec les OSS et du prolongement aux mêmes conditions des OSS à partir de la période contractuelle précédente. En règle générale, l'excédent des limites imposées au nombre d'inscriptions ne posait pas de graves problèmes étant donné que les OSS qui dépassent leur limite réduisent normalement le nombre des inscriptions rapidement par attrition. Toutefois, le ministère veillera à ce que les limites imposées aux inscriptions soient dorénavant respectées.

SUBVENTIONS ACCORDÉES AU PROGRAMME DE SUBSTITUTION AUX SERVICES EN ÉTABLISSEMENT

En 1993, le ministère a commencé à accorder des subventions au Programme de substitution aux services en établissement (SSÉ) pour les OSS afin de fournir aux patients inscrits d'autres services en soins de santé qui ne sont pas couverts par les paiements par capitation, dont les soins en nutrition et les services de counselling dans le cas de la santé mentale. Au cours de l'exercice financier 1999-2000, le ministère a offert des subventions au Programme de SSÉ s'élevant à environ huit millions de dollars pour financer les services prodigués par les infirmières et infirmiers, les diététistes et les personnes oeuvrant en travail social.

En 1997, le personnel du ministère a évalué les programmes et les services s'y rattachant financés par les subventions versées au Programme de SSÉ et a conclu que ces subventions répondaient dans l'ensemble à leurs objectifs. Toutefois, il a également

désigné des subventions s'élevant à 500 000 dollars qui devraient être annulées ou réduites, mais celles-ci continuent d'être versées.

En 1999, le ministère a amorcé un autre examen des subventions au Programme de SSÉ. Les résultats de cet examen devaient être comparés aux résultats de 1997. On devait réduire ou annuler les subventions accordées aux prestataires qui ne respectaient jamais leurs objectifs de propositions de subventions, offraient toujours des services inadéquats ou continuaient de desservir une infime partie des patients inscrits. Dans le cadre de notre vérification, cet examen était toujours en cours.

Nous avons également remarqué que même si le ministère a permis aux médecins des OSS qui décident de participer aux réseaux de soins primaires (RSP) de conserver leurs subventions accordées aux SSÉ, les autres médecins participant aux RSP n'ont pas reçu de compensation semblable. Cette situation peut engendrer des iniquités en matière de services et potentiellement compliquer l'évaluation ou la comparaison des réseaux de soins primaires.

Recommandation

Afin de s'assurer de l'optimisation des ressources dans le cas des subventions au Programme de substitution aux services en établissement, le ministère doit :

- **examiner la pertinence des subventions;**
- **passer en revue les subventions accordées et, au besoin, apporter les rajustements appropriés.**

Réponse du ministère

Le ministère prévoit de mener un examen officiel de toutes les subventions accordées au Programme de substitution aux services en établissement et d'apporter des rajustements appropriés lorsqu'il est justifié de le faire. Le ministère attribuera des ressources afin de veiller à la tenue d'un examen approfondi. L'examen de 1999 ne présentait pas assez de données pour permettre de formuler des recommandations appropriées.

ÉVALUATION DU RENDEMENT ET COMPTE RENDU

En 1991, le personnel du ministère a passé en revue le Programme des OSS et a recommandé la mise sur pied d'un comité composé de représentants des OSS et du ministère afin d'élaborer des mesures pour évaluer la qualité des services des OSS et examiner les systèmes d'information existants afin de s'assurer qu'ils présentent des données efficaces et utiles sur le rendement. L'examen a également indiqué que le ministère devrait veiller à ce que les OSS satisfassent au programme d'assurance de la qualité établi et élaborent des contrats sur le rendement avec les OSS.

Selon le manuel sur le Programme des OSS du ministère, on s'attend à ce que les OSS effectuent à intervalles réguliers des vérifications de routine sur le plan médical et

professionnel de la qualité des soins prodigués par leur personnel. Aucune preuve n'a été relevée visant à témoigner que le ministère avait déjà déterminé si les OSS se conformaient à l'exigence sur la vérification de la qualité des soins. De plus, aucun contrat sur le rendement n'avait été conclu avec les OSS.

Dans notre rapport de vérification de 1994, nous avons recommandé que le ministère se renseigne sur la faisabilité d'élaborer un système pour mesurer l'efficacité du Programme et en rendre compte. Le ministère a amorcé une étude visant à comparer l'utilisation et les coûts des soins de santé dans les OSS avec les pratiques de la rémunération à l'acte. À la fin de la présente vérification, cette étude, dont le ministère avait prévu l'achèvement en octobre 1995, n'était toujours pas finie. Nous estimons que les difficultés engendrées par les données ont réduit la portée de l'étude et retardé sa présentation.

3.10

Recommandation

Le ministère doit terminer son étude en comparant l'utilisation et les coûts des soins de santé offerts dans les organisations de services de santé avec les pratiques de rémunération à l'acte et s'assurer que les résultats sont envisagés dans la mise en application du Programme du réseau de soins primaires.

Réponse du ministère

Le ministère a présenté des données au Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) qui satisfont aux exigences de l'étude sur l'historique des réclamations. Le personnel du ministère s'affaire actuellement à remanier les anciennes inscriptions et les tableaux des taux pour faciliter un transfert final des données au CHEPA afin de pouvoir terminer l'étude.

GROUP HEALTH ASSOCIATION

Depuis 1963, la Group Health Association (l'Association), propre à l'Ontario, exploite un établissement de soins ambulatoires à l'échelon communautaire qui englobe des services de diagnostic à Sault Ste. Marie. Même si le financement de l'Association est fourni et administré par le Programme des OSS, l'Association ne fonctionne pas comme une OSS.

Le ministère ainsi que l'Association ont conclu une entente de financement aux termes de laquelle l'Association reçoit 18,8 millions de dollars par année pour les 39 000 premiers patients inscrits et 375 \$ pour chaque autre patient jusqu'à concurrence de 44 000 patients. Au cours de l'exercice 1999-2000, l'Association a reçu 20,7 millions de dollars, soit le montant maximal permis en vertu de l'entente.

Dans la prestation de services, l'Association conclut un partenariat indépendant avec des médecins qui offrent des services médicaux primaires et spécialisés à ses patients inscrits. Ces médecins peuvent également facturer l'OHIP pour les services administrés aux patients qui ne figurent pas sur la liste de l'Association.

RAPPORTS SUR LES FINANCES ET LES OPÉRATIONS

En 1994, le ministère a embauché un consultant afin de déterminer les raisons découlant des déficits qu'a accusés l'Association au cours des deux dernières années et de conseiller le ministère sur le financement approprié. Parmi les recommandations du consultant, on compte le financement de l'Association par programme et la négociation d'un nouveau contrat visant des engagements sur l'amélioration de la productivité et de l'utilisation. Il s'agit d'établir un nombre minimal de patients par omnipraticien équivalent à temps plein qui collabore à la planification du système de santé et à l'élaboration des mesures du rendement. Le consultant a également recommandé un examen du ministère au moins une fois par année sur la charge de travail de l'Association et son rendement financier.

À l'heure actuelle, le ministère ne dispose pas de suffisamment de renseignements pour évaluer s'il optimise les ressources de plus de 20 millions de dollars qu'il accorde annuellement à l'Association. En outre, il n'a pas reçu d'information approfondie annuelle sur la planification opérationnelle ni sur le budget bien que, en apparence, aux termes de son entente avec l'Association, il puisse en faire la demande. De plus, nous croyons comprendre que le ministère n'a pas passé en revue l'entente entre l'Association et les partenaires indépendants des médecins depuis 1984. Par conséquent, le ministère n'a pas été en mesure d'évaluer la vraisemblance de la compensation versée aux partenaires indépendants, qui ont reçu environ 7,5 millions de dollars de l'Association au cours de l'exercice 1998-1999.

Le plus récent contrat conclu avec l'Association devait durer cinq ans; celui-ci remonte au 1^{er} avril 1995. Conformément à ce contrat, l'Association a entrepris d'établir et d'atteindre les objectifs sur l'amélioration de la productivité et de l'utilisation des services. Au cours de la première année, il devait déterminer les points de repère dans la comparaison des réalisations sur la productivité pour le reste de la durée de l'entente. Même si l'Association devait rendre compte annuellement au ministère de ses objectifs, nous n'avons relevé aucune preuve à cet effet.

Le ministère n'a pas fait de demande des états financiers vérifiés de l'Association pour les exercices financiers 1993-1994 à 1998-1999 jusqu'en novembre 1999. Ces états annuels étaient préparés sur une base consolidée; de plus, ils ne présentaient pas de données approfondies sur les dépenses par programme. Même si l'Association est également tenue de présenter des rapports financiers trimestriels, elle n'a pas donné suite à cette obligation.

SERVICES MÉDICAUX À L'EXTERNE ET VÉRIFICATION DES INSCRIPTIONS

En vertu de son entente avec l'Association, le ministère est autorisé à surveiller l'étendue du recours des patients inscrits auprès de l'Association à des services médicaux à l'externe. Contrairement aux OSS cependant, les paiements versés à l'Association ne sont pas réduits lorsque ses patients inscrits obtiennent des services à l'extérieur de l'Association qui est financée pour les offrir. Par conséquent, l'Association n'est pas portée à éliminer les patients inscrits.

En 1998, l'Association a accepté d'effectuer une vérification de l'échantillonnage de ses inscriptions au 1^{er} septembre 1998 et au 1^{er} juillet 1999. Les vérifications devaient être terminées au 1^{er} mars 1999 et au 1^{er} janvier 2000, respectivement. Même si le ministère a

3.10

convenu d'offrir une liste de membres inscrits devant faire l'objet de vérification, au moment de la préparation de la présente vérification, il ne l'avait pas fait et la vérification des personnes inscrites auprès de l'Association n'avait pas été terminée.

En mars 1999, la Commission de restructuration des services de santé (CRSS) a fait état du rôle et de l'incidence de l'Association sur le recours aux services de santé locaux. La CRSS a signalé qu'elle s'attendait à remarquer que les patients inscrits auprès de l'Association n'avaient pas recours souvent à des services médicaux à l'extérieur, en particulier dans le cas de l'utilisation des services des omnipraticiens. Toutefois, elle a relevé qu'au cours de l'exercice financier 1995-1996, les patients inscrits auprès de l'Association ont eu recours à des services médicaux à l'extérieur de l'Association s'élevant à plus de 6,1 millions de dollars. De cette somme, 4,6 millions de dollars ont été consacrés à des services offerts par des spécialistes et une somme de 1,5 million de dollars a été accordée à des services administrés par des omnipraticiens. La CRSS a avisé le ministère que l'on devrait passer en revue les programmes et les services de l'Association en accordant une attention particulière au recours par les patients inscrits à des ressources médicales à l'extérieur de l'Association.

La CRSS a également conclu qu'un comité exécutif mixte composé de représentants de l'Association et du milieu hospitalier devrait voir le jour. L'accent de ce comité devrait être mis sur une planification mixte afin d'optimiser l'intégration des services et de procéder à leur aiguillage au besoin pour réduire au minimum les chevauchements. On a conseillé au ministère de fixer de futurs financements à condition que l'Association participe au comité. Au moment de la présente vérification, on a été avisé qu'un tel comité avait vu le jour.

Recommandation

Afin de s'assurer que le ministère optimise le financement qu'il offre à la Group Health Association (l'Association), il doit :

- **exiger que l'Association présente suffisamment de données pour que le ministère puisse évaluer si les programmes et services de l'Association ont été offerts avec efficacité et efficience;**
- **veiller à ce que l'on vérifie périodiquement l'exactitude de l'inscription des personnes inscrites auprès de l'Association;**
- **évaluer la vraisemblance du recours par les patients inscrits auprès de l'Association à des services médicaux à l'externe et mettre en œuvre un procédé qui permet au ministère de réduire les paiements à l'Association lorsque cela est justifié, comme c'est le cas actuellement pour le Programme des organisations de services de santé.**

Réponse du ministère

Le ministère accepte les recommandations et collaborera avec la Group Health Association pour élaborer un cadre de responsabilisation afin de permettre de fixer les points de référence, les résultats à obtenir, les indicateurs/outils de mesure et les objectifs de rendement d'ici au

31 mars 2001. Des échanges préliminaires (de vive voix et par écrit) ont eu lieu avec l'Association et l'information demandée en matière de finances et de services est acheminée au ministère. Celui-ci élaborera des mécanismes pour passer en revue l'exactitude des inscriptions. Il veillera à ce que les ententes avec l'Association lui permettent de récupérer les fonds lorsque cela est justifié.

PROGRAMME DU RÉSEAU DE SOINS PRIMAIRES

En novembre 1998, le ministère a reçu l'approbation du Conseil de gestion du gouvernement pour la mise en œuvre et le financement de cinq programmes pilotes de soins primaires intitulés les réseaux de soins primaires (RSP).

Les RSP sont établis au moyen d'ententes types avec le ministère. La participation des médecins ainsi que des patients est volontaire. Un RSP est composé de médecins qui s'unissent pour offrir un ensemble défini de services de soins primaires. Les médecins des RSP peuvent conserver leur propre bureau et offrir des soins primaires aux patients inscrits. Cependant, ces patients peuvent avoir recours à d'autres médecins dans le RSP lorsque leur médecin n'est pas disponible. Les médecins appartenant à un RSP sont reliés par un réseau logiciel qui leur permet d'avoir accès aux antécédents médicaux des patients inscrits en l'absence du médecin de soins primaires d'un patient. Les patients ont également accès à un service téléphonique 24 heures sur 24 pour obtenir des conseils et des soins médicaux après les heures de travail et pendant les jours fériés et les fins de semaine.

Pour établir un RSP, les médecins participants doivent inscrire 40 à 60 pour 100 de leurs patients dans un délai de six à douze mois. Les patients inscrits doivent habiter dans une zone géographique définie et être admissibles à OHIP, et accepter de ne pas s'inscrire auprès d'un autre médecin pendant six semaines et de ne pas modifier leur inscription plus de deux fois au cours d'un an.

Les RSP peuvent opter pour une compensation dans le cas des services offerts par les médecins soit selon des paiements par capitation, et les médecins reçoivent des paiements mensuels pour chaque patient inscrit, ou selon une rémunération à l'acte réformée, et les paiements ne sont versés que si les services sont réellement administrés. La rémunération à l'acte réformée repose sur le nombre de patients inscrits afin de fixer une limite de facturation maximale annuelle.

Les RSP bénéficient également d'un financement du ministère pour défrayer les coûts d'inscription et les services de consultation sur la santé offerts par téléphone. Ils ont également droit à une aide financière pour acquérir du matériel de technologie d'information nécessaire à la création de leur réseau. Dans sa nouvelle entente quadriennale avec l'Ontario Medical Association, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2000, le ministère a convenu de financer l'acquisition de systèmes informatiques. Le *Budget de l'Ontario* de mai 2000 prévoit une somme de 150 millions de dollars qui sera consacrée aux nouveaux systèmes informatiques visant à appuyer la transition vers les réseaux de soins primaires.

3.10

De plus, les médecins des RSP ont droit à une rémunération à l'acte dans le cas des services qu'ils dispensent aux patients inscrits qui ne figurent pas dans l'ensemble défini des services de soins primaires que doivent offrir les RSP de même que des services offerts aux patients non inscrits.

Bien que le Programme du RSP soit toujours à l'essai, le gouvernement a indiqué qu'il sera élargi rapidement dans un proche avenir. Plus précisément, le *Budget de l'Ontario* de mai 2000 stipule que le gouvernement « vise à ce que 80 pour 100 des omnipraticiens admissibles interviennent dans des réseaux de soins primaires au cours des quatre prochaines années ». L'importance du système de soins de santé primaires, au chapitre des dépenses gouvernementales et de sa portée sur la qualité de vie des Ontariens, nécessite que tout changement apporté à son exécution soit étudié attentivement. L'objectif du ministère consiste à améliorer la prestation des soins de santé primaires sans engendrer de frais supplémentaires pour les services médicaux. La discussion ainsi que les recommandations ci-dessous visent à permettre au ministère de s'assurer que le Programme du réseau de soins primaires est établi en tenant compte des principes d'économie, d'efficience et d'efficacité.

MISE EN ŒUVRE DES RÉSEAUX DE SOINS PRIMAIRES

Lorsque le Conseil de gestion du gouvernement a approuvé en novembre 1998 la mise en œuvre et le financement des cinq premiers RSP pilotes, il a indiqué au ministère d'évaluer l'efficacité de la prestation des soins de santé offerts par les RSP pilotes et de rendre compte des résultats de cette évaluation avant l'élargissement du Programme du RSP.

En décembre 1999, le ministère a présenté une demande de proposition relative à l'évaluation des réseaux pilotes en précisant que le rapport final devrait être remis d'ici au 30 mars 2003 et divers rapports intérimaires devraient être préparés à des dates antérieures. Au moment de la préparation de la présente vérification, le ministère avait choisi les consultants pour mener l'évaluation. Toutefois, même si les échéanciers relatifs à l'évaluation sont respectés, il est possible que l'expansion prévue du Programme du RSP soit principalement terminée avant l'obtention des résultats finals de l'évaluation. Néanmoins, les rapports intérimaires de l'évaluation des réseaux pilotes peuvent présenter de l'information pertinente comme dans le cas de la recherche sur les expériences à d'autres endroits dotés de programmes semblables.

Une étude continue financée par le ministère visant à comparer l'utilisation et les coûts des soins de santé dans les OSS et les pratiques de rémunération à l'acte peuvent également permettre la présentation de données utiles afin d'éclairer l'expansion des RSP malgré le retard de cette étude à cause des difficultés sur les données.

Recommandation

Afin de s'assurer que le Programme du réseau de soins primaires (RSP) offre des soins de santé primaires accrus de façon rentable, le ministère doit, conformément à l'expansion prévue du Programme, évaluer attentivement :

- **les rapports intérimaires sur l'évaluation des RSP pilotes;**

- les expériences connexes à d'autres endroits;
- les résultats de l'étude financée par le ministère en comparant l'utilisation et les coûts des soins de santé dans les organisations de services de santé et les pratiques sur la rémunération à l'acte.

Réponse du ministère

L'évaluation officielle du projet pilote sur la réforme des soins primaires comportera plusieurs rapports intérimaires suivis d'un rapport final prévu pour mars 2003. Parmi les objectifs de la réforme des soins primaires qui doivent être traités par les membres chargés de l'évaluation, mentionnons l'accès accru aux soins primaires, l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins de santé primaires, une meilleure satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé et une meilleure rentabilité.

Le ministère s'engage à étudier de façon constante les expériences à d'autres endroits afin de déterminer les pratiques exemplaires qui devraient être envisagées en Ontario. Le ministère est actuellement représenté au Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur les ressources humaines en santé, qui a consulté de la documentation pertinente internationale, et il participera à des conférences nationales et internationales afin de profiter de la réforme sur les soins primaires effectuée à d'autres endroits.

Une étude du Centre for Health Economics and Policy Analysis a été menée à la demande du ministère afin d'examiner l'utilisation et les coûts des services de santé dans les organisations de services de santé et les pratiques de rémunération à l'acte. Le ministère devra obtenir rapidement les résultats de cette étude afin de les étudier attentivement pour déterminer ses possibilités d'application au Programme du réseau de soins primaires.

TAUX SELON LE SYSTÈME DE CAPITATION

Dans le cadre du financement selon le système de capitation, un médecin reçoit un montant fixe en fonction du nombre de patients inscrits et ce montant ne varie pas selon la quantité de services médicaux offerts aux patients inscrits.

Le ministère a calculé les taux selon le système de capitation à l'aide des sommes versées antérieurement par OHIP pour les services que les RSP sont tenus de dispenser à leurs membres inscrits. Ces taux ont été rajustés pour tenir compte de l'utilisation moyenne des services selon l'âge des patients et leur sexe. Toutefois, ces taux n'ont pas été rajustés pour tenir compte d'autres facteurs qui peuvent influencer la nécessité de recourir à des soins primaires, dont les antécédents médicaux des patients. Par conséquent, les médecins dont les patients ont besoin de services de soins primaires supérieurs à la moyenne peuvent être défavorisés par rapport aux médecins dont les patients ont des besoins inférieurs à la

moyenne. Les médecins qui font partie d'un RSP sont tenus d'inscrire les patients sans égard à leur état de santé. Toutefois, si les taux selon le système de capitation ne conviennent pas pour rémunérer les médecins qui dispensent des soins à des patients nécessitant de plus grands soins par rapport à la moyenne, ces médecins comptant de tels cas peuvent être motivés à conserver le système de rémunération à l'acte ou y retourner.

Les taux selon le système de capitation qui tiennent compte exactement des services requis pour les patients inscrits auprès d'un médecin faisant partie d'un RSP sont déterminants pour assurer le succès du Programme du RSP. Les taux qui sont trop bas peuvent ne pas inciter les médecins à participer au Programme et les taux qui sont trop élevés peuvent rendre les RSP trop chers à financer. Le ministère a indiqué qu'il prévoit examiner les taux selon le système de capitation après les premiers dix-huit mois d'exploitation des RSP.

3.10

Au cours de la présente vérification, nous avons communiqué avec des experts en recherche sur les services de santé et avons passé en revue les développements effectués ailleurs afin de déterminer la faisabilité relative au rajustement des taux selon le système de capitation pour tenir compte davantage des besoins des patients en matière de soins primaires. Même si toutes les méthodes de rajustement disponibles accusaient certaines restrictions, plusieurs d'entre elles méritaient l'attention du ministère. Le système Adjusted Clinical Group utilisé en Colombie-Britannique dans le cadre de son projet de démonstration des soins primaires figurait parmi ces méthodes.

Recommandation

Afin de s'assurer de l'équité du financement des réseaux de soins primaires, le ministère doit envisager des options, y compris celles utilisées à d'autres endroits, afin de rajuster les taux selon le système de capitation pour tenir compte de manière équitable du niveau des services offerts.

Réponse du ministère

Le ministère étudie d'autres moyens de rajustement des taux selon le système de capitation dans le cadre de la réforme des soins primaires qui débordent les questions touchant l'âge et le sexe. On étudie actuellement les possibilités d'application en Ontario du système de rajustement Adjusted Clinical Group Case-Mix Adjustment. Par ailleurs, les chercheurs au Centre for Health Economics and Policy Analysis présenteront des conseils et des recommandations sur la possibilité de rajuster les taux selon le système de capitation actuel au moyen de déterminants, dont les pratiques en milieu rural par rapport à celles en milieu urbain et les symptômes particuliers d'une maladie chronique. Le ministère s'engage à examiner les moyens de diversifier davantage les modes de financement pour les professionnels de sorte que la rémunération porte sur les taux selon le système de capitation, la rémunération à l'acte pour favoriser des services et d'autres incitatifs financiers en ce qui a trait aux mesures en matière de santé de la population.

RENOIS À DES SPÉCIALISTES

Le renvoi adéquat des patients à des spécialistes est important pour atteindre la rentabilité des soins de santé. Le renvoi non essentiel augmente les coûts des soins de santé et peut réduire l'accès à des ressources limitées tandis que l'absence de renvois des patients peut engendrer des résultats médiocres en santé et accroître les coûts en soins de santé à long terme.

L'expérience enregistrée à un endroit suggère que le recours au système de capitation pour financer les soins de santé primaires a engendré dans l'ensemble des taux plus élevés de renvois à des spécialistes. Toutefois, un des experts médicaux que nous avons consulté a indiqué que le système actuel de rémunération à l'acte peut inciter quelques médecins à renvoyer des patients nécessitant de nombreux soins à des spécialistes, d'où la création d'une pratique qui répond aux patients nécessitant de simples soins de santé.

L'importance de la relation entre les médecins de soins primaires et les spécialistes a été reconnue par les principales organisations médicales représentant à la fois les omnipraticiens et les spécialistes. Il faut également savoir si une méthode de financement des soins de santé primaires engendre un risque plus élevé de renvois inadéquats par rapport à une autre méthode de financement. Cependant, des taux plus élevés de renvois peuvent ne pas indiquer nécessairement le caractère approprié des renvois. Le ministère ainsi que les prestataires de soins de santé doivent posséder de l'information adéquate sur le fonctionnement de cette relation et la façon de l'améliorer.

Recommandation

Afin de s'assurer que le procédé de renvoi des patients à des spécialistes est rentable, le ministère doit :

- **déterminer si les différentes méthodes de financement des soins primaires ont des incidences sur les renvois à des spécialistes;**
- **élaborer des méthodes de contrôle et d'amélioration de la qualité du procédé de renvoi.**

Réponse du ministère

Le ministère entreprendra de mesurer les modèles de renvoi dans le cas des médecins rémunérés à l'acte et de ceux ayant recours à la réforme des soins primaires pour déterminer si les différentes méthodes de financement des soins primaires ont des retombées sur les renvois à des spécialistes. Le ministère a demandé à l'Université de Toronto de présenter des conseils et des recommandations sur l'utilisation des taux de renvoi en tant que mesure de rendement des réseaux de soins primaires.

3.10

SOINS PRIMAIRES INTERDISCIPLINAIRES

Parmi les prestataires de soins primaires, on compte les médecins, les infirmières praticiennes, les sages-femmes, les diététistes et d'autres professionnels. Les soins de santé primaires sont plus rentables si le professionnel le plus adéquat administre les soins aux patients. Le professionnel le plus adéquat vise la personne qui offre des soins de santé requis au moindre coût à qualité égale ou supérieure à celle d'autres prestataires.

En outre, certaines études effectuées ailleurs ont indiqué qu'il peut être plus rentable pour les infirmières praticiennes d'offrir bon nombre des services réservés traditionnellement aux médecins. Les médecins oeuvrant dans une équipe composée d'infirmières praticiennes pourraient traiter des cas plus complexes et être disponibles pour des consultations.

Pour que les RSP puissent offrir des soins de haut calibre qui soient aussi rentables que possible, le ministère doit déterminer le jumelage des prestataires de soins primaires qui conviendrait le mieux dans diverses circonstances. Ce jumelage devrait vraisemblablement varier d'une certaine façon avec les caractéristiques des différentes inscriptions de patients. Si l'on encourage d'heureux jumelages, les contribuables ainsi que les patients y trouveront leur compte.

Recommandation

Afin de s'assurer que les réseaux de soins primaires offrent des soins primaires rentables, le ministère doit :

- **évaluer de façon approfondie les expériences enregistrées à d'autres endroits afin de relever les pratiques exemplaires qui méritent une attention particulière en Ontario;**
- **présenter une orientation sur le jumelage des prestataires de soins de santé qui est requis pour offrir des soins de santé rentables et de haute qualité.**

Réponse du ministère

Le ministère continuera d'évaluer les expériences enregistrées ailleurs afin de relever les pratiques exemplaires qui méritent l'attention en Ontario. Le ministère finance actuellement sept infirmières praticiennes oeuvrant dans des projets pilotes sur la réforme des soins primaires. Des consultations avec d'autres groupes de professionnels et des intervenants auront lieu à mesure que le ministère explore le jumelage de différents professionnels de soins de santé qui peut être nécessaire afin d'offrir des soins de santé de qualité qui soient rentables.

LIMITES FIXÉES AUX INSCRIPTIONS ET VÉRIFICATION

Aux termes d'ententes actuelles entre le ministère et les RSP, les limites fixées aux inscriptions s'appliquent seulement aux RSP qui sont financés selon un système de capitation. Il n'existe aucune limite relative à l'inscription dans le cas des RSP qui optent pour la réforme de rémunération à l'acte comme mode de paiement. Au moment de la préparation de la présente vérification, à quelques exceptions près, les RSP payés selon un système de capitation étaient autorisés à inscrire un nombre maximal de 2 200 patients pour chaque médecin à temps plein du RSP.

L'entente quadriennale entre le ministère et l'Ontario Medical Association, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2000, énonce qu'à moins d'avis contraire ressortant d'une évaluation, aucune limite ne doit être fixée sur le nombre de patients inscrits aux prochains contrats portant sur le réseau de soins primaires, en autant que le médecin auquel le patient est inscrit personnellement et directement offre la plupart des services médicaux de soins primaires au patient.

Les limites au nombre d'inscriptions peuvent permettre de s'assurer que les patients ont accès de façon raisonnable aux prestataires de soins primaires et que ces professionnels disposent de temps suffisant pour offrir aux patients des soins de haut calibre. Le nombre d'inscriptions maximal raisonnable est tributaire de plusieurs facteurs, y compris le nombre et le type de prestataires de soins de santé primaires et les besoins en matière de soins de santé des patients inscrits.

Certains experts en soins de santé ont suggéré que les besoins en matière de santé des patients inscrits puissent être mesurés à l'aide d'un indice qui évalue la complexité des soins requis pour chaque patient. Cet indice pourrait alors être utilisé pour établir le nombre d'inscriptions pour chaque médecin d'un RSP.

Dans l'établissement des limites du nombre d'inscriptions, d'autres facteurs doivent également être envisagés, dont la portée des services offerts par les professionnels aux personnes qui ne sont pas inscrites à une liste et la facilité des mesures administratives. Même si nous n'avons pas relevé d'étude de recherche officielle portant sur un nombre limite d'inscriptions, les experts de services de santé que nous avons consultés ont indiqué qu'une telle recherche serait pratique.

Dans nos explications précédentes portant sur les OSS, les RSP étant financés en règle générale d'après le nombre de patients inscrits, le ministère devra également s'assurer de l'exactitude des inscriptions au RSP. Même si les ententes permettent au ministère de demander que les RSP vérifient jusqu'à 5 pour 100 des personnes inscrites, il n'existe aucune disposition relative à une vérification supplémentaire.

Recommandation

Afin de s'assurer que les limites d'inscription sont raisonnables, le ministère doit connaître les pratiques exemplaires exercées ailleurs et établir une saine gestion des limites d'inscription imposées au Réseau de soins primaires (RSP).

3.10

Le ministère doit également s'assurer qu'un procédé de vérification efficace est établi dans le cas des patients inscrits au RSP.

Réponse du ministère

L'entente conclue entre le ministère et l'Ontario Medical Association (OMA) indique qu'à moins d'avis contraire ressortant d'une évaluation, aucune limite d'inscription ne doit être imposée aux réseaux de soins primaires à l'échelle provinciale. Le ministère s'affaira à revoir les moyens par lesquels les limites d'inscription sont fixées ailleurs et à mettre en œuvre des mesures propices à l'établissement de la réforme ontarienne dans la mesure du possible après les discussions tenues avec l'OMA.

Le ministère vérifiera annuellement 5 pour 100 des inscriptions aux listes des médecins. D'après les résultats de l'évaluation, la vérification de 5 pour 100 des inscriptions peut être révisée dans des ententes ultérieures conclues avec les réseaux de soins primaires.

MESURE DU RENDEMENT ET COMPTE RENDU

Dans son rapport de décembre 1999 intitulé *Primary Health Care Strategy*, la Commission de restructuration des services de santé a recommandé, à titre de responsabilité envers leurs patients et le ministère, que les groupes de soins primaires présentent des fiches régulières de déclaration des prestataires portant sur les soins dispensés aux clients, la gestion des ressources humaines et la responsabilité financière.

Comme il a été mentionné précédemment dans le présent rapport, le ministère prévoit évaluer les RSP. Toutefois, il doit également établir des mesures de rendement constantes qui portent sur les principaux volets des soins. Parmi ces mesures, on compte les résultats sur la santé, l'accès des patients aux services de soins de santé et la satisfaction des patients.

Toutefois, les mesures sur le rendement qui ne sont pas conçues convenablement risquent de provoquer des actions non souhaitées. Par exemple, si l'on ne tient pas compte adéquatement de l'état de santé précédent d'un patient au moment de l'évaluation du rendement, les médecins peuvent être moins disposés à s'occuper des patients plus malades, car ceux-ci peuvent avoir des incidences négatives sur l'évaluation de leur rendement.

L'évaluation du rendement et les comptes rendus nécessitent de l'information valide et fiable. L'information qui n'est pas recueillie de façon uniforme ou n'est pas exacte ni complète ne peut pas servir à dresser des comparaisons significatives. Le ministère compte actuellement sur le système de facturation de OHIP pour recueillir des données sur les services offerts aux patients par les médecins des RSP qui enregistrent leurs services sur le système mais ne les facturent pas. Or, le ministère ne dispose d'aucun moyen pour s'assurer que les données reçues sont exactes ou complètes. De plus, le système n'a pas été conçu pour saisir les données sur le rendement de la santé ni les renseignements sur les services offerts par d'autres professionnels de la santé, dont les infirmières praticiennes.

Recommandation

Afin de lui permettre d'évaluer la qualité des soins offerts par les réseaux de soins primaires (RSP), le ministère, en collaboration avec les prestataires de soins de santé, doit élaborer :

- **des mesures et des normes appropriées sur le rendement;**
- **un système d'information sur le rendement en matière de santé qui réponde aux besoins du ministère et des RSP.**

Réponse du ministère

On s'affaire déjà à élaborer des mesures du rendement avec l'Université de Toronto. L'objectif de recherche vise à élaborer un cadre pour évaluer le rendement en soins primaires.

Le ministère entreprendra l'examen de la faisabilité d'un système d'information sur le rendement de la santé qui pourrait s'inspirer des mesures et des normes sur le rendement relevées dans le rapport de l'Université de Toronto et d'autres projets de recherche.