

# Régime d'assurance-santé de l'Ontario

## Contexte

L'un des principaux objectifs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) est de fournir à tous les résidents de l'Ontario un système de soins de santé de grande qualité, facilement accessible, financé par l'État et responsable. Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé) est l'un des plus importants mécanismes de prestation des services de santé. Dans le cadre de ce régime, le Ministère établit l'admissibilité des résidents de l'Ontario aux services assurés et rémunère les médecins et les autres professionnels de la santé pour les services de santé qu'ils dispensent aux patients admissibles.

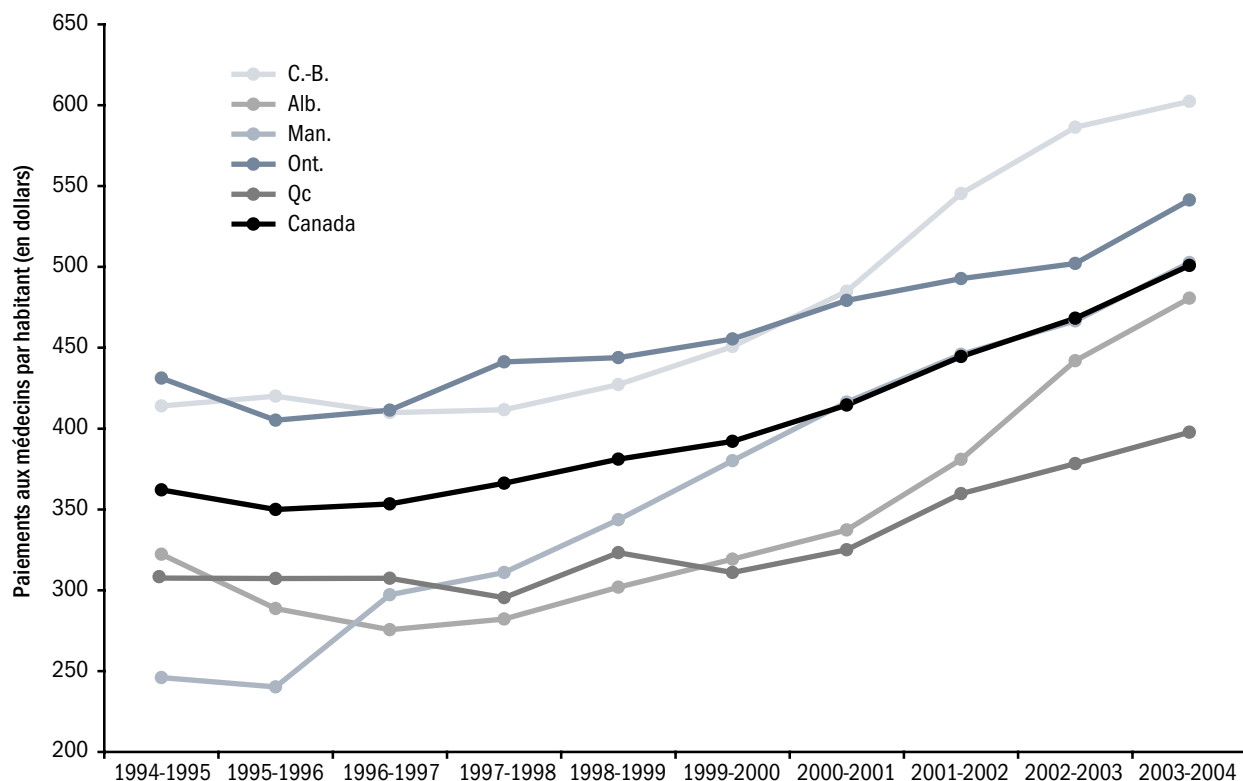
Les services assurés dans le cadre de l'Assurance-santé comprennent les services de diagnostic, de médecine préventive et de réadaptation dispensés par les généralistes et les spécialistes, ainsi que les services fournis par les laboratoires communautaires. Dans le cadre de l'Assurance-santé, le Ministère paie également les tarifs établis de l'Assurance-santé pour les soins médicaux et hospitaliers d'urgence fournis aux résidents de l'Ontario dans une autre province ou un autre pays. Au cours de l'exercice 2004-2005, l'Assurance-santé a payé environ 180 millions de demandes de paiement pour

soins médicaux au titre des services assurés. Ces paiements s'élevaient à plus de 7,4 milliards de dollars, dont 5,5 milliards (74 %) ont été versés à des fournisseurs rémunérés à l'acte en Ontario, notamment quelque 23 000 médecins et 2 400 autres praticiens tels que des dentistes, des optométristes et des podiatres. La dernière tranche de 1,9 milliard de dollars concernait différents paiements au titre de services non rémunérés à l'acte, notamment les paiements faits aux laboratoires communautaires, les autres modes de paiement des médecins, la protection au titre des services de garde en milieu hospitalier et les demandes de remboursement au titre des traitements dispensés hors de la province et hors du pays.

Comme le montre la Figure 1, selon les renseignements fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Ontario a payé 540 \$ par habitant aux médecins pour des services de soins de santé au cours de l'exercice 2003-2004 – seule la Colombie-Britannique a dépensé davantage par habitant à ce chapitre. L'ICIS est un organisme national autonome et sans but lucratif qui se consacre à favoriser la collaboration entre les intervenants importants en santé. Il fournit aux Canadiens des statistiques et des analyses essentielles portant sur leur santé et leur système de santé.

**Figure 1 : Paiements des services de santé par habitant faits aux médecins dans les grandes provinces, 1994-1995 – 2003-2004**

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé



Les résidents de l'Ontario doivent être titulaires d'une carte Santé valide pour bénéficier sans frais des services de soins de santé provinciaux. Pour être admissible à l'Assurance-santé, le requérant doit être citoyen canadien ou immigrant ayant obtenu le droit d'établissement, avoir son domicile en Ontario et être présent dans la province pendant au moins 153 jours au cours d'une période de 12 mois donnée. La carte Santé peut être la carte rouge et blanc traditionnelle ou la carte avec photo; cette dernière existe depuis 1995. En janvier 2006, il y avait environ 12,9 millions de cartes Santé valides en circulation, soit 5,7 millions de cartes rouge et blanc et 7,2 millions de cartes avec photo.

La légitimité des dépenses de plus de 6,8 milliards de dollars par année engagées en vertu de l'Assurance-santé de l'Ontario repose sur deux principes clés, à savoir :

- que seuls les résidents de l'Ontario qui y ont légalement droit sont titulaires des cartes Santé de l'Ontario utilisées pour obtenir des services de santé;
- que les membres de la profession médicale font preuve d'intégrité quand ils facturent au gouvernement les soins médicaux qu'ils dispensent au titre de l'Assurance-santé.

Le Ministère dispose de trois systèmes d'information principaux pour gérer l'Assurance-santé :

- Le système d'inscription des clients (Client Registration System) servant à inscrire les résidents de l'Ontario admissibles au régime d'assurance. Il contient les renseignements personnels et l'information sur l'admissibilité d'environ 12,6 millions de résidents de l'Ontario.
- Le système d'inscription des fournisseurs (Provider Registry System) servant à inscrire les

fournisseurs de soins de santé. Il contient de l'information sur tous les fournisseurs qui peuvent dispenser les services assurés et les facturer à l'Assurance-santé, soit sur une base de rémunération à l'acte soit sur une autre base.

- Le système de règlement des demandes de paiement pour soins médicaux (Medical Claims Payment System) traite les demandes de paiement soumises. Il vérifie l'admissibilité du fournisseur et celle du titulaire de carte, s'assure que les demandes portent sur des services assurés et émet les paiements aux fournisseurs.

## Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à évaluer si le Ministère disposait de systèmes et de procédures permettant de garantir la légitimité et l'exactitude des demandes soumises au titre des services rémunérés à l'acte et des paiements faits aux fournisseurs de soins de santé dans le cadre de l'Assurance-santé. La vérification n'a pas porté sur les dépenses autres que celles consacrées aux services rémunérés à l'acte.

Nous avons défini les critères d'évaluation qui nous permettraient de fournir une conclusion sur l'objectif de notre vérification; la haute direction du Ministère a examiné et accepté ces critères. Dans le cadre de notre vérification, nous avons notamment examiné de la documentation, analysé de l'information, interrogé le personnel du Ministère et visité six bureaux de district. En plus de nos entrevues et de notre travail sur place, nous avons employé un certain nombre de techniques de vérification informatisées (TVI) pour analyser les données relatives aux titulaires de carte et aux demandes de paiement pour soins médicaux ainsi que les renseignements touchant les fournisseurs.

Notre vérification était terminée pour l'essentiel en mai 2006; elle a été menée conformément aux normes des missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés et comprenait, en conséquence, les contrôles par sondages et autres procédés de vérification que nous avons jugés nécessaires dans les circonstances. Nous avons également examiné les activités et rapports récents et pertinents de la Direction des services de vérification interne du Ministère, laquelle avait relevé un certain nombre de points qui nous ont été utiles dans l'exécution de notre vérification.

## Résumé

Nous avons relevé certaines lacunes du côté du traitement, mais les contrôles et les procédures permettaient en général de garantir que les demandes de paiement sont effectuées dans les règles. Nous estimons toutefois que les contrôles ne permettent pas d'atténuer de façon efficace le risque que des personnes qui ne sont pas admissibles à l'Assurance-santé reçoivent des services médicaux sans avoir à déboursier de leur poche.

En ce qui a trait à la profession médicale, le programme d'Assurance-santé incarne un lien de confiance entre le gouvernement et les fournisseurs de soins de santé. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) dispose de plusieurs mécanismes pour détecter les demandes de paiement inappropriées reçues au titre de l'Assurance-santé, mais le système compte fondamentalement sur le fait que les professionnels de la santé feront preuve d'intégrité dans la facturation de leurs services. La relation entre les fournisseurs et leurs patients est essentiellement privée, et le gouvernement assume le coût des services de santé dispensés aux patients en se fondant uniquement sur les demandes de paiement présentées par les four-

nisseurs. Il est donc possible que des fournisseurs peu scrupuleux puissent frauder le système ou en abuser d'une autre façon, et la tâche de concevoir et d'instaurer des contrôles et des mécanismes de surveillance adéquats pour prévenir et détecter la facturation inappropriée de services à l'Assurance-santé pose un défi constant.

Il n'y a aucun doute que la majorité des titulaires de carte et des professionnels de la santé agissent de façon honnête et intègre, mais nous sommes tout de même arrivés à la conclusion que le Ministère se devait de renforcer ses systèmes et ses procédures dans certains domaines pour véritablement s'assurer que la totalité des demandes soumises au titre des services rémunérés à l'acte et des paiements faits aux fournisseurs de soins de santé dans le cadre de l'Assurance-santé sont légitimes et exacts. Plus précisément :

- Depuis 1995, le Ministère délivre des cartes Santé avec photo pour remplacer les anciennes cartes rouge et blanc. Les nouvelles cartes comportent davantage de caractéristiques de sécurité et l'admissibilité de leurs titulaires est assujettie à des procédures de vérification beaucoup plus rigoureuses. Toutefois, alors que le Ministère prévoyait au départ que le remplacement de toutes les anciennes cartes serait terminé en 2000, le remplacement a été retardé, et ce, pour plusieurs raisons. Si l'on se base sur le taux de remplacement actuel, il faudra compter encore 14 ans au moins avant d'éliminer complètement les anciennes cartes et de vérifier l'admissibilité de tous les titulaires.
- Nous continuons d'être préoccupés par le fait qu'il y a encore quelque 300 000 cartes Santé excédentaires (c'est-à-dire 300 000 cartes de plus que le nombre de personnes que compte la population de l'Ontario) en circulation dans la province – il s'agit d'un sujet de préoccupation que nous avons souligné initialement dans notre *Rapport annuel 1992*. D'après notre

analyse de ces cartes, la majorité sont détenu par des personnes ayant une adresse à Toronto ou dans des régions situées à proximité de la frontière américaine.

- Le Ministère consacre très peu de ressources à la surveillance de l'utilisation des cartes Santé. D'après notre analyse informatisée des demandes de paiement pour soins médicaux, il y a plusieurs domaines pour lesquels le caractère des dépenses justifiait un examen ou une enquête. Par exemple, nous avons relevé 11 700 titulaires de carte pour lesquels des demandes de paiement pour soins médicaux avaient été soumises dans plusieurs régions de la province sur une courte période, ce qui pourrait indiquer que des numéros de carte Santé font l'objet d'une utilisation inappropriée. Nous avons également relevé le cas de six personnes pour lesquelles un fournisseur donné avait facturé et reçu un montant de 800 000 \$ entre 2001 et 2005. Notre analyse a aussi mis en relief un groupe de cliniques et de médecins affiliés qui facturaient des examens médicaux pour quelque 4 100 patients à un rythme beaucoup plus élevé que celui recommandé par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. D'après nos estimations, la surfacturation potentielle de la part de ces fournisseurs s'élevait à environ 9,7 millions de dollars depuis 2001. Il y avait également des indices que certains de ces médecins n'avaient peut-être pas réellement traité les patients concernés. Le Ministère nous a avisés que ces cliniques, à la suite d'une plainte, faisaient l'objet d'une enquête depuis 2003.
- Le Ministère a créé en 1998 la Direction des programmes de lutte contre la fraude afin d'accroître la sensibilisation à la fraude dans le système de santé. Même si le personnel de la Direction se compose d'inspecteurs-détectives et d'enquêteurs de la Police provinciale de l'Ontario dans le domaine de la fraude, la

Direction n'a jamais eu un mandat de juri-comptabilité et n'a pas accès non plus aux renseignements médicaux qui lui permettraient de mener des activités de surveillance de la fraude; de plus, aucun cas de fraude présumée ne lui a été soumis.

- Il faut améliorer le processus d'examen de l'utilisation des cartes Santé par des personnes qui pourraient ne pas y être admissibles. En octobre 2005, il y avait un arriéré de plus de 7 000 cas de non-admissibilité potentielle devant faire l'objet d'une enquête; or, le Ministère n'avait ni normes ni procédures documentées sur la façon d'évaluer ce genre de cas ou sur les délais d'exécution d'une telle évaluation. Nous avons également remarqué que le taux de recouvrement des paiements faits au titre de services médicaux dispensés à des personnes non admissibles était plutôt faible. Par exemple, depuis 1998, le Ministère avait transmis environ 1 150 cas parmi les plus importants, représentant un montant de recouvrement potentiel de 700 000 \$, à la Police provinciale de l'Ontario, mais les tribunaux n'avaient pu recouvrer des sommes que pour cinq de ces cas, soit un montant de recouvrement total de 37 000 \$.
- D'après notre analyse des données, le Ministère, jusqu'à maintenant, n'a toujours pas vérifié l'authenticité des documents de citoyenneté d'environ 70 % de tous les titulaires actuels d'une carte Santé. Par ailleurs, les procédures d'inscription des requérants d'une carte Santé nécessitent également des améliorations. Alors que les requérants peuvent utiliser plusieurs documents pour prouver leur citoyenneté canadienne, le Ministère vérifie l'authenticité de quelques documents seulement. De plus, parmi les types de documents dont il vérifie l'authenticité, il y avait un arriéré important de 256 000 cas nécessitant une vérification auprès de Citoyenneté et Immigration Canada ou du registraire général de l'Ontario.
- Les données reçues de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour mettre à jour les renseignements sur les permis d'exercice délivrés aux médecins étaient incomplètes, car elles ne comprenaient pas d'information sur les médecins qui étaient décédés, qui avaient pris leur retraite, qui avaient abandonné l'Ordre, qui avaient quitté la province ou dont le permis d'exercice avait été annulé pour d'autres raisons. Notre analyse a relevé 725 médecins qui n'étaient plus titulaires d'un permis délivré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, mais qui pouvaient encore présenter des demandes de paiement pour soins médicaux; en fait, 40 d'entre eux avaient facturé des montants au Ministère et en avaient reçu le paiement intégral, et ce, après l'expiration de leur permis. Par exemple, nous avons constaté qu'un médecin, qui avait été suspendu pour avoir enfreint les conditions de son permis, avait présenté des demandes et reçu des paiements pour le traitement de près de 300 patients, et ce, après sa suspension.
- Depuis septembre 2004, les activités du Comité d'étude de la médecine, qui était chargé d'examiner les cas où des médecins étaient susceptibles d'avoir produit des demandes de paiement inappropriées, sont suspendues. Le Ministère s'est engagé à remplacer ce comité et à élaborer un nouveau processus de vérification inspiré des recommandations faites en avril 2005 par M. Peter Cory, juge retraité de la Cour suprême du Canada, mais jusqu'à maintenant ces changements n'ont pas été mis en oeuvre. Au moment de la suspension, il y avait 110 cas en suspens faisant l'objet d'un examen, et ils ont tous été annulés depuis. De plus, le Ministère n'a entrepris aucune nouvelle vérification depuis septembre 2004. En nous fondant sur les taux de

recouvrement antérieurs, nous estimons qu'un montant de recouvrement potentiel de 17 millions de dollars auprès des médecins pourrait avoir été perdu au cours de cette période de suspension.

- Les règles s'appliquant aux actes médicaux n'étaient pas toujours à jour dans le système du Ministère, ce qui peut donner lieu à des erreurs et des omissions dans la vérification des demandes de paiement. Le Ministère n'avait ni lignes directrices ni procédures d'examen de gestion permettant de garantir que les autorisations de traitement des demandes de paiement initialement rejetées se faisaient de façon cohérente et dans les règles.
- Des améliorations de la sécurité de la technologie de l'information s'imposaient également pour protéger la confidentialité des renseignements médicaux personnels des titulaires de carte ainsi que celle des renseignements des fournisseurs dans les bases de données du Ministère.

## Constatations détaillées de la vérification

### CARTES SANTÉ

#### Remplacement des cartes blanc et rouge par les cartes Santé avec photo

En 1990, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a abandonné le système d'inscription familiale au profit du système d'inscription individuelle et a délivré environ 10 millions de cartes Santé personnelles rouge et blanc. Dans le cadre de ce processus, le Ministère s'est fié aux renseignements d'alors de l'Assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé) pour déterminer les personnes qui étaient admissibles aux services assu-

rés et qui pouvaient donc recevoir une carte. Les requérants qui ont fourni un numéro de carte Santé accompagné du nom de famille correspondant ont reçu une carte Santé sans avoir à fournir d'autres documents tels qu'une preuve d'identité ou de résidence.

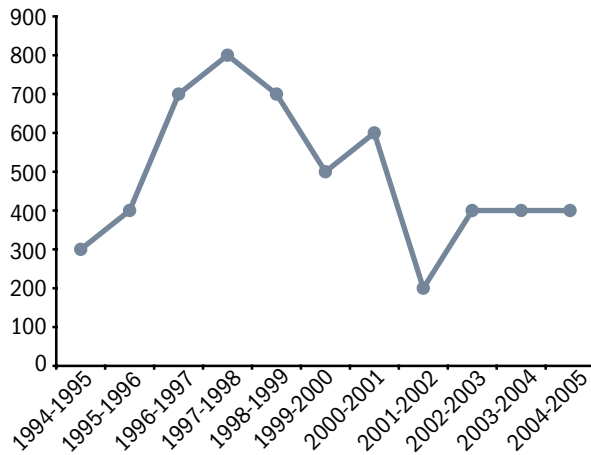
En 1995, le Ministère a adopté la carte Santé avec photo et prévoyait de réinscrire tous les résidents de l'Ontario et d'authentifier leur admissibilité sur une période de cinq ans (c'est-à-dire, avant 2000). Or, pour plusieurs raisons, notamment des ressources restreintes et un certain nombre de changements apportés au modèle de la carte, le remplacement des anciennes cartes n'est pas terminé. Dans notre *Rapport annuel 1998*, nous recommandions que le Ministère termine la vérification des données sur les personnes inscrites avant 1995; toutefois, en janvier 2006, il y avait encore plus de 5,7 millions de cartes Santé rouge et blanc en circulation pour lesquelles le Ministère n'avait toujours pas vérifié l'admissibilité des titulaires. Au moment de notre vérification, le taux de remplacement annuel correspondait seulement à la moitié environ de ce qu'il était en 1998. Compte tenu du taux de remplacement de quelque 400 000 cartes par année ces dernières années, il faudra compter encore 14 ans au moins pour terminer la vérification de l'admissibilité et l'élimination des cartes rouge et blanc.

La Figure 2 montre le nombre de remplacements effectués par année depuis l'adoption de la carte avec photo.

À titre de comparaison, le ministère des Transports de l'Ontario a également entrepris en 1995 un projet semblable dans le but de remplacer le permis de conduire en deux parties délivré par la province par une carte avec photo. En 2000, le remplacement était terminé, et plus de 7 millions de nouveaux permis de conduire avaient été délivrés aux conducteurs de l'Ontario titulaires d'un tel permis. Si nous reconnaissons que le processus a été facilité par le fait que les permis de conduire, contraire-

**Figure 2 : Taux de remplacement des cartes rouge et blanc, 1995-2005 (en milliers)**

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



ment aux cartes Santé rouge et blanc, comportent toujours une date d'expiration, nous sommes toutefois d'avis que le succès du remplacement des permis de conduire prouve qu'il est possible d'effectuer un remplacement de cette envergure à l'échelle de la province.

L'Ontario a été la dernière province canadienne à adopter un système d'inscription individuelle pour les cartes Santé. La Figure 3 présente une comparaison des caractéristiques des cartes Santé de chaque province canadienne. Comme on peut le constater, la carte Santé rouge et blanc de l'Ontario comporte la plus faible quantité de renseignements imprimés. Le nom du titulaire de carte est le seul renseignement personnel qui y figure : il n'y a ni date de naissance ni adresse pour faciliter l'authentification de l'identité du titulaire. De plus, contrairement à la pratique en vigueur dans la plupart des autres provinces, la carte Santé de l'Ontario n'a pas d'échéance.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'exactitude des renseignements qui ont servi à la délivrance des cartes rouge et blanc. Comme ces cartes ne viennent jamais à échéance et que beaucoup de titulaires de carte n'avisent pas le Ministère lorsqu'ils déménagent, les coordonnées des titulaires sont souvent désuètes et le Ministère ne dispose d'aucun moyen fiable pour trouver ces personnes. D'après

**Figure 3 : Comparaison provinciale des caractéristiques des cartes Santé**

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

	Nom	Date de naissance	Adresse	Date d'expiration	Cycle de renouvellement (années)	Photo	Bande magnétique au verso	Caractéristiques de sécurité spéciales
C.-B.	✓	✓					✓	
Alb.	✓	✓						
Sask.	✓	mois/année		✓	3		✓	
Man.	✓	mois/année	✓					
Ont. avec photo	✓	✓	✓	✓	5	✓	✓	impression irisée, superposition holographique, micro-impression
rouge et blanc	✓						✓	
Qc	✓	✓		✓	4	✓	✓	hologramme
N.-B.	✓	✓		✓	3		✓	
N.-É.	✓			✓	4		✓	
Î.-P.-É.	✓	✓		✓	5		✓	
T.-N.-L.	✓			✓	5			

les statistiques du Ministère, environ 25 % de la correspondance envoyée aux titulaires de la carte rouge et blanc lui est retournée parce qu'elle n'a pu être distribuée à l'adresse indiquée. Si l'on part de l'hypothèse que ce taux s'applique à tous les titulaires d'une carte rouge et blanc, on en déduit que les coordonnées d'un nombre estimatif de 1 425 000 titulaires de carte sont désuètes. Cette situation accroît le risque que des cartes Santé valides soient détenues par des personnes qui ne résident plus en Ontario.

### Nombre de cartes Santé en circulation

Nous avons fait part de nos préoccupations quant à la fiabilité des données de l'Assurance-santé dans notre *Rapport annuel 1992* lorsque nous avons souligné qu'il y avait, à l'époque, environ 300 000 cartes de plus en circulation que la population estimative de l'Ontario. Le Ministère avait alors admis qu'il était à peu près impossible de détecter les cas de fraude, compte tenu du nombre limité de contrôles en place au moment de l'adoption du système d'inscription individuelle.

En décembre 2005, la population estimative de l'Ontario, selon Statistique Canada, s'élevait à 12 590 000 habitants. D'après notre analyse des données, à cette époque, il y avait environ 12 895 000 cartes Santé en circulation, ce qui laisse entendre qu'il y avait encore quelque 305 000 cartes Santé excédentaires en circulation. Nous sommes conscients qu'un grand nombre de ces cartes peuvent appartenir à des personnes qui sont décédées ou qui ont quitté la province, mais il se pourrait que certaines cartes soient en la possession de personnes non admissibles.

Afin d'analyser cette question plus à fond, nous avons examiné les données d'adresse des cartes Santé excédentaires et constaté que 263 000 d'entre elles, soit 86 %, étaient en circulation dans la région de Toronto. Compte tenu de la population de Toronto, ce chiffre correspond à une carte Santé

excédentaire en circulation par tranche de 10 résidents de la région torontoise. Nous avons également remarqué qu'il semble y avoir plus de 10 000 cartes Santé excédentaires dans certaines régions de l'Ontario situées à proximité des États-Unis, notamment le district d'Algoma, le comté d'Essex, Thunder Bay et Rainy River.

### RECOMMANDATION 1

Pour garantir que les services de santé publics sont dispensés uniquement aux personnes admissibles, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit accélérer le remplacement des cartes Santé rouge et blanc délivrées avant 1995 par les cartes Santé actuelles avec photo afin de vérifier comme il se doit l'admissibilité des titulaires de ces cartes.

### Surveillance de l'utilisation des cartes Santé

La surveillance de l'utilisation des cartes Santé peut aider grandement le Ministère à repérer les cas possibles d'accès aux services de santé publics par des personnes non admissibles. Par ailleurs, comme les professionnels de la santé s'orientent vers un plus grand partage des dossiers électroniques, le risque qu'un patient puisse être victime d'une erreur de diagnostic ou de traitement augmente s'il y a confusion entre son dossier médical et celui d'une autre personne utilisant le même numéro de carte Santé. Il s'ensuit que la surveillance peut aussi contribuer à assurer le traitement sécuritaire des patients.

Même si le Ministère se livre à certaines activités de surveillance, en particulier pour détecter les factures de praticiens non admissibles, l'utilisation de la carte Santé individuelle ne fait à peu près l'objet d'aucune surveillance. Nous avons appris que l'une des raisons principales pour lesquelles le Ministère est peu actif à cet égard est la difficulté d'établir un juste équilibre entre le droit des personnes à la pro-



tection de leurs renseignements médicaux et la responsabilité du Ministère en matière de gérance des fonds publics.

En 2004, le Ministère a retenu les services d'une entreprise d'experts-conseils externe pour mener une étude sur les inscriptions frauduleuses potentielles et sur l'utilisation des cartes Santé. Dans son étude, l'entreprise recommandait que le Ministère « élabore un cadre d'évaluation de la fraude qui servirait de référence pour mesurer les domaines à risque élevé, évaluer l'efficacité des méthodes de prévention et de détection appliquées et orienter les mesures ultérieures visant à atténuer la fraude à l'Assurance-santé ». L'entreprise d'experts-conseils estimait en outre que le montant de la fraude dans le système de santé de l'Ontario se situait entre 11 millions et 22 millions de dollars par année.

En l'absence d'un programme de surveillance proactive, les enquêtes sur l'utilisation abusive présumée des cartes Santé sont déclenchées en général par des appels du grand public faits à la ligne de lutte contre la fraude du Ministère ou par les soupçons qu'une demande de carte peut éveiller chez le personnel. Le Ministère met également l'accent sur l'examen de certains actes médicaux, afin de repérer les demandes de paiement non admissibles, comme l'ablation de la vésicule biliaire d'un patient pour une seconde fois ou l'exécution d'une hystérectomie sur un homme.

En 1998, le Ministère a créé la Direction des programmes de lutte contre la fraude afin de sensibiliser le public à la fraude dans le domaine de la santé. Même si le personnel de la Direction se compose d'inspecteurs-détectives et d'enquêteurs de la Police provinciale de l'Ontario dans le domaine de la fraude, au moment de notre vérification, la Direction n'avait jamais eu un mandat de juricomptabilité et elle n'avait pas accès non plus aux renseignements médicaux qui lui auraient permis de mener des activités de surveillance de l'Assurance-santé. Tous les cas de fraude présumée étaient plutôt transmis directement à la Police provinciale

de l'Ontario par les secteurs de programme sans aucune participation de la part de la Direction. Sur demande, le personnel de la Direction aidait les employés des secteurs de programme à évaluer le risque de fraude et à repérer et atténuer les fraudes potentielles dans leur secteur de programme. Toutefois, étant donné que le personnel de la Direction se compose de détectives et de spécialistes de la fraude provenant de la police, ce rôle limité n'est probablement pas la meilleure utilisation que l'on puisse faire de ces ressources spécialisées.

Au fil des années, quelques projets spéciaux ont été menés pour repérer les titulaires de carte non admissibles, et les résultats témoignent de l'importance d'assurer une surveillance continue de l'utilisation des cartes. Par exemple, dans le cadre du projet de sondage sur les enfants (Child Survey Project) mené au cours de l'exercice 1998-1999, le Ministère a constaté qu'il n'y avait eu aucune demande de paiement de frais médicaux à l'égard de 6 800 enfants pendant une longue période, ce qui pouvait indiquer qu'il existait des titulaires de carte non admissibles vivant à l'extérieur de l'Ontario. Nous étions toutefois préoccupés par l'absence de suivi effectué dans ces cas. Seulement 30 des 6 800 dossiers ont fait l'objet d'une enquête pour confirmer leur admissibilité à l'Assurance-santé. Alors que cet échantillon de 30 dossiers a donné lieu à l'annulation de l'assurance pour 13 enfants et 24 de leurs proches, le Ministère n'avait fait aucune enquête dans le reste des dossiers (6 770 dossiers).

Les adresses des titulaires de carte sont un autre point qui a fait l'objet d'un examen spécial. Selon un règlement, les titulaires de carte Santé ne sont pas autorisés, en général, à avoir une case postale comme adresse. Sauf de rares exceptions, les titulaires de carte sont tenus d'avoir une adresse municipale permanente en Ontario pour être admissibles aux soins de santé assurés. Le Ministère a mené un projet sur les adresses postales (Postal Office Box Project) en 2003 en faisant enquête sur 1 562 cartes Santé dont les titulaires avaient comme

adresses des cases postales fournies par deux entreprises offrant un service de case postale. Des lettres de vérification ont été envoyées à ces titulaires de carte; un grand nombre de ces lettres ont été retournées parce qu'elles n'étaient pas distribuables à l'adresse indiquée, ou l'on a constaté que les titulaires de carte n'étaient pas admissibles. Même si le Ministère avait annulé 1 157 de ces cartes Santé, le projet a été abandonné à cause des restrictions budgétaires. D'après nos contrôles par sondage des données informatisées, près de 32 000 personnes avaient une case postale comme adresse au moment de notre vérification.

Dans le cadre d'une autre activité de surveillance récente, le Ministère a envoyé environ 394 300 avis à des clients pour lesquels aucune demande de paiement n'avait été produite depuis avril 1998 et leur a demandé de vérifier de nouveau leur admissibilité. Le Ministère a reçu environ 10 800 réponses et quelque 189 300 avis lui ont été retournés parce qu'ils n'étaient pas distribuables à l'adresse indiquée, ce qui laisse entendre que le Ministère n'avait pas en dossier la toute dernière adresse de ces personnes. Le Ministère a alors annulé 194 100 cartes. Les autres cartes (194 200) n'avaient pas encore fait l'objet d'un suivi au moment de notre vérification, mais le Ministère nous a avisés qu'il avait envoyé 100 000 autres avis définitifs à ces titulaires de carte et qu'il prévoyait régler ces cas d'ici la fin de l'exercice 2006-2007.

À part les projets susmentionnés, le Ministère a très peu surveillé l'utilisation des cartes Santé pour détecter les anomalies. C'est la raison pour laquelle nous avons effectué un certain nombre d'analyses de données relatives aux demandes de paiement pour soins médicaux reçues pendant la période de cinq ans située entre janvier 2001 et décembre 2005; nous avons relevé certaines anomalies, décrites ci-dessous, et les avons soumises au Ministère.

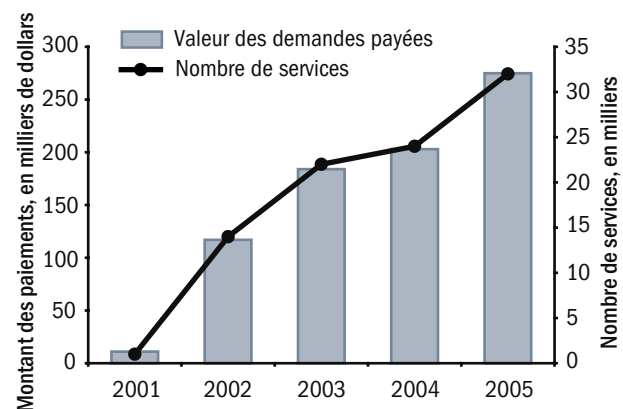
### Anomalies dans l'utilisation des cartes Santé

Étant donné que certaines personnes sont susceptibles de se déplacer très souvent dans la province – à cause de la nature de leur travail, de leur situation familiale ou encore parce que certains traitements médicaux ou certains spécialistes ne sont pas disponibles dans leur collectivité –, il arrive souvent que des demandes de paiement pour une même personne proviennent de fournisseurs situés dans plusieurs régions différentes. Toutefois, la répétition de ce genre de demandes sur une courte période peut être un indice que la carte Santé a été reproduite, qu'elle est utilisée par plus d'une personne ou qu'elle fait l'objet d'un usage abusif d'une autre façon. D'après notre analyse, il y avait 11 700 titulaires de carte pour lesquels on notait des demandes de paiement au titre de l'Assurance-santé provenant des trois régions de la province sur une période de neuf mois en 2005.

En plus de permettre de repérer les utilisations abusives potentielles de la part de titulaires de carte non admissibles, l'analyse de l'utilisation des cartes Santé peut aussi signaler les demandes de paiement frauduleuses soumises par des praticiens. À cet égard, notre analyse a également relevé un groupe de six personnes ayant reçu du même fournisseur de nombreux services de psychothérapie, représentant des paiements totaux de 800 000 \$ au fournisseur entre 2001 et 2005. La Figure 4 montre la

**Figure 4 : Services de psychothérapie dispensés à six patients et facturés par un même fournisseur**

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



croissance phénoménale de la quantité de services médicaux et du montant des paiements effectués à l'égard de ces personnes au cours de cette période. Le Ministère a entrepris l'examen de ce cas.

Nous avons également relevé dans notre analyse 4 000 patients traités par un groupe précis de cliniques et un certain nombre de médecins affiliés, qui présentaient de nombreuses demandes de paiement à l'égard d'un traitement précis, représentant des paiements totaux de quelque 31 millions de dollars depuis 2001. La fréquence des actes médicaux posés par ces médecins à l'égard de patients individuels était beaucoup plus élevée que la pratique exemplaire recommandée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. D'après nos estimations, les paiements effectués pour les traitements excédant la recommandation de l'Ordre correspondaient à environ 9,7 millions de dollars depuis 2001.

Les détails de ce cas soulevaient également des préoccupations quant à la possibilité que des demandes soient payées à l'égard de patients qui n'étaient pas examinés par le médecin qui présentait les demandes. Or, cette pratique enfreint les règles de l'Assurance-santé. Plus précisément, la majorité des demandes qui avaient été payées concernait des milliers d'essais en laboratoire, effectués en général deux fois par semaine pour chaque patient. Les demandes de paiement étaient soumises par l'entremise d'un certain nombre de médecins affiliés à la clinique, depuis leur propre cabinet. Les médecins sont autorisés à soumettre directement les demandes de paiement pour les essais en laboratoire, mais seulement si les essais sont effectués dans leurs bureaux. Les cabinets de ces médecins étaient souvent très éloignés du lieu de résidence du patient et de la clinique où il était traité. Nous craignons par conséquent que ces factures ne respectent pas les règles de l'Assurance-santé. Le Ministère nous a avisés qu'à la suite de la réception d'une plainte, ces cliniques faisaient l'objet d'une enquête active depuis mai 2003. Notre analyse des données indiquait toutefois que les

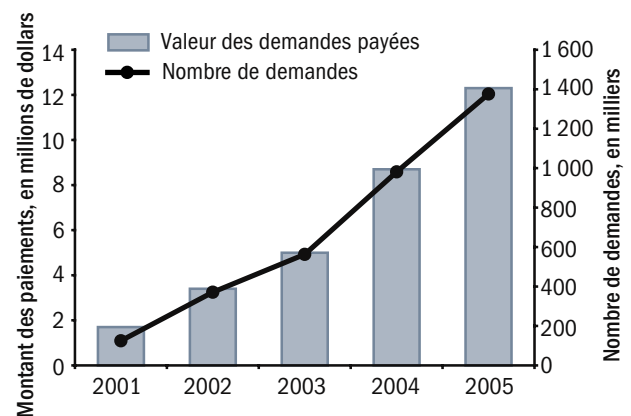
paiements faits à ces cliniques avaient continué d'augmenter pendant les périodes que nous avons examinées, comme le montre la Figure 5.

### Examen des cas potentiels de non-admissibilité

Lorsque des membres du public informent le Ministère de l'utilisation d'une carte Santé par une personne qui pourrait ne pas y être admissible, par le biais de sa ligne de lutte contre la fraude ou d'une autre façon, le cas est consigné dans un système de suivi des renseignements sur les inscriptions (Registration Information Tracking System). Ce système est également utilisé quand les employés des bureaux de district ont des soupçons quant à l'admissibilité d'une personne qui présente une demande de carte Santé. Les enquêtes connexes peuvent donner lieu à l'annulation de l'admissibilité du titulaire de carte lorsque la situation le justifie. Dans les cas graves où l'on soupçonne la personne de préméditation, l'affaire est confiée à la Police provinciale de l'Ontario pour qu'elle mène une enquête plus approfondie. Nous avons remarqué que le Ministère n'avait ni normes ni procédures documentées pour évaluer ce genre de cas. L'examen d'un échantillon de cas nous a permis de constater que les méthodes d'évaluation n'étaient pas uniformes et que les décisions prises étaient incohérentes.

**Figure 5 : Demandes de paiement provenant de cliniques au titre d'actes médicaux fréquents reliés à un traitement précis**

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



En octobre 2005, le Ministère comptait un arriéré de plus de 7 000 cas attendant d'être examinés. Plus de 90 % d'entre eux remontaient à plus de six mois et le plus ancien remontait à janvier 1998. Les données du ministère indiquaient que le délai de résolution moyen d'un cas était de 10 mois et qu'environ 40 % des titulaires de carte étaient déclarés non admissibles au bout du compte et que leur carte Santé était suspendue. Par conséquent, en nous fondant sur ce taux de non-admissibilité, nous estimons qu'il pourrait y avoir 2 800 personnes non admissibles dont la carte Santé est toujours valide parmi les 7 000 cas en attente.

Il importe de régler rapidement les cas en attente et de suspendre la carte des titulaires non admissibles, car le Ministère n'a aucun processus de restitution et il est très difficile de recouvrer les montants versés une fois que les demandes sont payées, même si l'on constate plus tard qu'une demande n'était pas admissible. Par exemple, depuis 1998, le Ministère a transmis environ 1 150 cas, pour des demandes de paiement totalisant approximativement 700 000 \$, à la Police provinciale de l'Ontario à des fins d'enquête criminelle. Sur ces 1 150 cas, la Police provinciale a déposé environ 100 accusations qui, jusqu'ici, ont donné lieu à un remboursement volontaire et à quatre remboursements ordonnés par la cour totalisant 37 000 \$ en recouvrement, soit environ 5 % du montant de 700 000 \$.

## RECOMMANDATION 2

Pour repérer les cas potentiels d'utilisation non admissible des services de santé publics, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- revoir le mandat de la Direction des programmes de lutte contre la fraude afin d'en élargir les activités pour y inclure la surveillance de l'utilisation des cartes Santé et les enquêtes sur les fraudes;

- envisager d'élargir ses activités de surveillance pour repérer les utilisations potentiellement suspectes de la carte Santé;
- éliminer l'arriéré de cas en attente et effectuer un suivi cohérent, rigoureux et rapide des cas potentiels de non-admissibilité.

## Authentification des documents de citoyenneté

La carte d'Assurance-santé est une pièce d'identité acceptée pour de nombreuses fins. Par exemple, on l'utilise souvent pour obtenir un passeport canadien, un permis de conduire de l'Ontario ou une hypothèque ou une marge de crédit auprès d'une institution financière. Par conséquent, l'authentification en bonne et due forme de l'identité et de la citoyenneté du requérant avant la délivrance d'une carte Santé ou l'examen des renseignements sous-jacents est essentielle non seulement pour garantir que les soins de santé publics sont dispensés uniquement aux personnes admissibles, mais également pour réduire la fraude dans d'autres domaines.

Les nouvelles inscriptions à l'Assurance-santé, les renouvellements et les remplacements de la carte Santé ainsi que les changements apportés aux renseignements personnels sont traités dans l'un des 27 bureaux de district de l'Assurance-santé répartis dans la province. Pour effectuer l'une ou l'autre de ces opérations, les requérants doivent fournir une preuve de citoyenneté, de résidence et d'identité.

Depuis l'adoption de la carte Santé avec photo en 1995, le Ministère procède à l'authentification électronique de certains documents de citoyenneté, tels que les fiches d'établissement, les cartes de résident permanent et les permis de travail, auprès de Citoyenneté et Immigration Canada (Citoyenneté et Immigration). De plus, le Ministère procède à la validation électronique des extraits de nais-

sance auprès du registraire général de l'Ontario. Toutefois, au moment de notre vérification, seulement 54 % des cartes Santé actives avec photo et seulement 30 % de toutes les cartes en circulation avaient été authentifiées de cette façon.

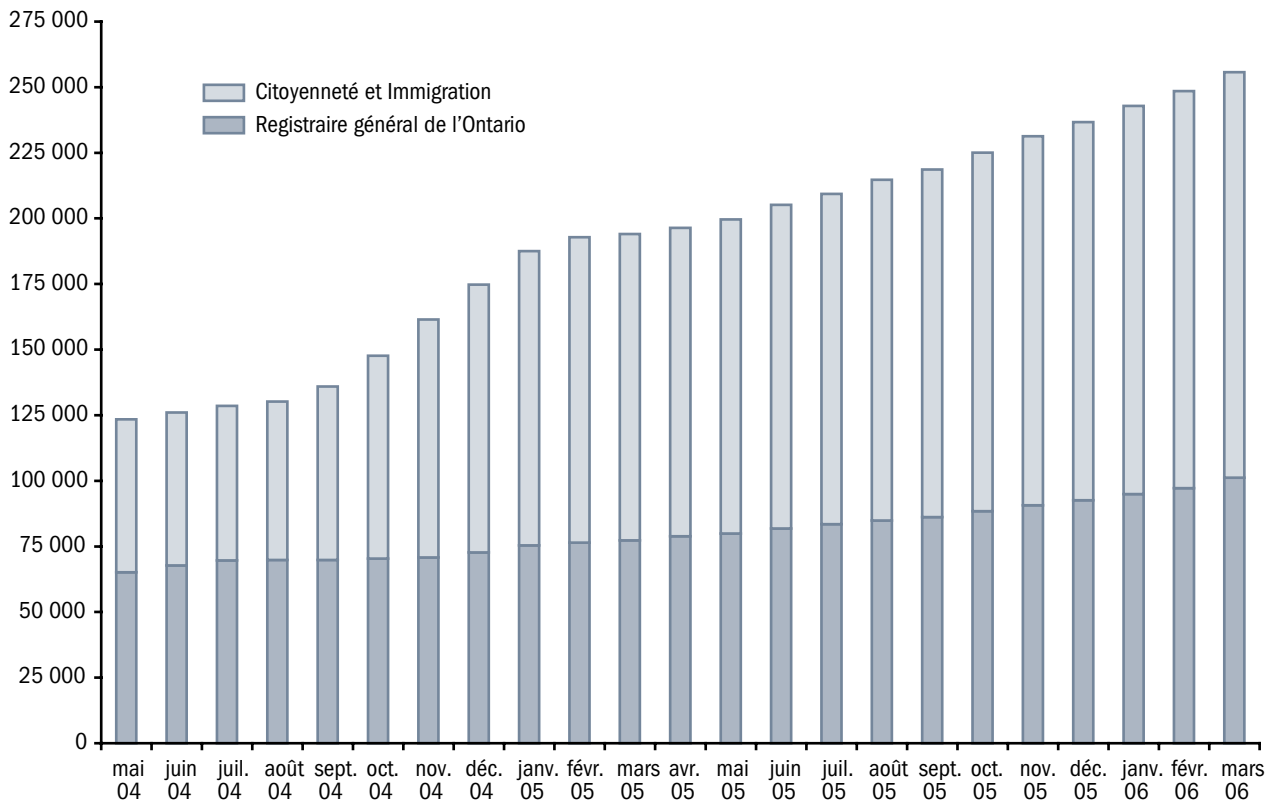
Dans le cadre du processus d'authentification, le Ministère consigne le nom du requérant, sa date de naissance et le numéro du document de citoyenneté dans le système d'inscription des clients et compare ces renseignements aux données de Citoyenneté et Immigration ou à celles du registraire général. Dans les cas où les données ne concordent pas, il faut effectuer un suivi pour déterminer la raison de la divergence. Le Ministère accepte également comme preuve de citoyenneté les passeports et les cartes de citoyenneté canadiens, lesquels sont présentés par environ 20 % des requérants, mais, contrairement à la pratique en vigueur avec les autres documents, il

ne vérifie pas la validité de ces deux types de documents auprès des ministères qui les délivrent.

Si nous approuvons le processus d'authentification, nous avons toutefois constaté que les ressources affectées au processus ne permettaient pas de traiter le nombre de nouveaux cas repérés chaque mois dont les données ne concordent pas; il y a donc un important arriéré de cas et celui-ci augmente constamment. Comme le montre la Figure 6, l'arriéré a doublé depuis mai 2004. En mars 2006, il comprenait plus de 154 000 cas dont les données ne concordent pas avec celles de Citoyenneté et Immigration et 101 000 cas pour ce qui est du registraire général – pour un total d'environ 255 000 cas. Le Ministère nous a avisés que dans l'arriéré de cas dont les données ne concordent pas avec celles du registraire général, il a relevé plus de 45 000 doubles ou cas à l'égard desquels aucune autre mesure

**Figure 6 : Arriéré de l'authentification des documents, mai 2004-mars 2006**

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



ne sera nécessaire à cause d'événements tels que le décès du requérant ou l'annulation de la carte Santé pour d'autres raisons.

Au moment de notre vérification, plus de 76 % des cas accumulés remontaient à plus d'un an. Il est important de régler rapidement les cas dont les données ne concordent pas, car les requérants ont déjà leur carte Santé et ont ainsi accès à tous les services de santé payés par l'Ontario.

### Traitement des demandes de carte

Au cours de nos visites aux bureaux de district de l'Assurance-santé, nous avons également constaté qu'il était possible d'améliorer les procédures visant à garantir que toutes les opérations sont valides, complètes et traitées dans les règles. Plus précisément, le Ministère ne disposait d'aucune procédure de rapprochement pour comparer le nombre de demandes d'inscription, de renouvellement ou de remplacement acceptées dans les bureaux de district avec le nombre réel d'opérations traitées et de cartes Santé délivrées. Nous avons également remarqué que les renseignements sur le requérant consignés dans le système d'inscription des clients ne faisaient l'objet d'aucune vérification de supervision, même ponctuelle, avec les renseignements fournis dans les formules de demande ou dans les documents à l'appui. C'est un point particulièrement important, car la consignation du nom d'une personne dans le système la rend automatiquement admissible à la délivrance d'une carte d'Assurance-santé. Étant donné qu'on ne conserve aucune copie des documents de citoyenneté à l'appui aux fins de consultation ultérieure, les rapprochements et les vérifications de ce genre par un superviseur serviraient de contrôle compensatoire en réduisant le risque que l'on traite des opérations non autorisées, que l'on accepte des documents inappropriés ou que l'on consigne des renseignements erronés dans le système d'inscription.

### Inscription spéciale

Les bureaux de district de l'Assurance-santé fournissent également un service d'inscription spéciale pour les personnes sans abri, les nouveau-nés, les patients en établissement de soins de longue durée ou les personnes ayant des problèmes d'accessibilité qui les empêchent de se présenter en personne aux bureaux de l'Assurance-santé.

### Inscription des sans-abri

Les personnes sans abri qui n'ont pas d'adresse permanente doivent tout de même satisfaire aux critères d'admissibilité de l'Assurance-santé pour obtenir une carte Santé, mais dans bien des cas ces personnes n'ont pas les documents de citoyenneté, de résidence ou d'identité requis. Les organismes qui s'occupent des sans-abri, tels que les refuges, collaborent avec le Ministère pour aider ces personnes à présenter leur demande de carte Santé. Conformément à la politique ministérielle, tous ces organismes doivent avoir conclu des ententes avec le Ministère dans lesquelles sont énoncés les rôles et les responsabilités de chaque partie.

Au cours de nos visites dans les bureaux de district, nous avons passé en revue les procédures d'inscription des personnes sans abri et remarqué qu'il était possible d'améliorer les contrôles visant à garantir la légitimité de toutes ces opérations. Par exemple, nous avons constaté parmi les six bureaux de district que nous avons visités que cinq d'entre eux inscrivaient des personnes sans abri qui leur étaient envoyées par des organismes qui n'avaient pas conclu l'entente requise avec le Ministère. Nous avons aussi constaté que les ententes réelles étaient souvent différentes de l'entente type élaborée par le Ministère. De plus, au moment du traitement des demandes des clients envoyés par ces organismes, la signature des personnes concernées de l'organisme n'était pas exigée ou l'exigence n'était pas appliquée.

Le Ministère inscrit toutes les personnes envoyées par ces organismes, qu'elles puissent fournir ou non des documents de citoyenneté, et compte sur les organismes pour s'occuper ensuite, avec les personnes en cause, d'obtenir et de soumettre les documents pertinents. Les bureaux de district nous ont toutefois dit que les organismes informaient rarement le Ministère quand les personnes avaient de la difficulté à obtenir ces documents ou quand leur statut de citoyen posait un problème; par ailleurs, les bureaux de district ne faisaient pas de suivi auprès des organismes à propos de ces dossiers.

Dans beaucoup de cas, nous avons également remarqué que les employés des organismes ne connaissaient pas personnellement les clients auxquels ils venaient en aide. Il est donc possible que le service d'inscription spéciale permette à une personne non admissible d'avoir accès au système de santé de l'Ontario. Le Ministère a indiqué qu'environ 9 700 personnes sans abri avaient été inscrites depuis juillet 1995 sans les documents de citoyenneté requis, et qu'il délivre habituellement à ces personnes des cartes Santé à échéance d'un an à titre de mesure de contrôle. D'après notre analyse des données, la carte Santé d'environ 690 de ces personnes avait été renouvelée sans que les documents pertinents aient été obtenus.

### Exemption des exigences de photo ou de signature

Par ailleurs, le Ministère exonère aussi certains requérants des exigences de photo ou de signature pour des raisons médicales. Dans un tel cas, le médecin du requérant doit fournir une formule d'exemption signée. L'examen des formules d'exemption recueillies par les bureaux de district nous a permis de constater que le Ministère ne vérifiait pas l'identité ou l'authenticité du médecin auprès de la base de données de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour valider ces exemptions.

## RECOMMANDATION 3

Pour mieux garantir que les cartes Santé sont délivrées uniquement aux personnes admissibles, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- effectuer un suivi, en temps opportun, des cas en suspens pour lesquels l'authentification des documents de citoyenneté a révélé des éléments non concordants;
- envisager d'étendre le programme d'authentification électronique à d'autres documents de citoyenneté courants comme la carte de citoyenneté et le passeport canadiens;
- effectuer un rapprochement des demandes de carte Santé reçues et des opérations traitées et effectuer des vérifications de supervision aléatoires en comparant les données consignées dans le système aux renseignements contenus dans les demandes et les documents à l'appui;
- s'assurer que tous les organismes qui aident les personnes sans abri à obtenir une carte Santé ont des ententes valides avec le Ministère et obtiennent la preuve de l'admissibilité des requérants aux services de santé publics;
- vérifier l'authenticité des fournisseurs qui signent les formules d'exemption de photo ou de signature.

### Protection des renseignements médicaux personnels

La *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* définit ces renseignements comme étant tout renseignement consigné ayant trait à la santé physique d'un particulier, notamment son numéro de carte Santé, les renseignements concernant son admissibilité et les paiements relatifs aux soins de santé fournis. Tous ces renseignements personnels sont maintenus dans le système d'inscription des

clients du Ministère et dans la base de données sur l'historique des demandes de paiement pour soins médicaux (Medical Claims History Database). Nous avons examiné les mesures de sécurité prises par le Ministère à l'égard de ces deux systèmes, en particulier les procédures d'administration de la sécurité et la protection des dossiers électroniques; nous sommes arrivés à la conclusion qu'il fallait améliorer la sécurité dans plusieurs domaines.

L'accès au système et les profils de groupes d'utilisateurs (l'autorisation donnée aux membres d'un groupe d'utilisateurs d'accéder aux données, de les modifier ou de les supprimer) ne faisaient pas l'objet d'une surveillance adéquate, ce qui augmentait le risque que des personnes non autorisées au sein du Ministère aient accès aux renseignements médicaux personnels. Plus précisément :

- Nous avons constaté que le Ministère n'avait aucun document d'approbation à l'appui de l'établissement ou des modifications des profils de groupes d'utilisateurs du système d'inscription des clients. Il nous a donc été impossible d'établir si ces profils étaient appropriés.
- L'accès au système n'était pas réservé aux personnes qui ont besoin de savoir. Nous avons remarqué que certains utilisateurs avaient des droits d'accès excessifs et que l'on ne supprimait pas rapidement les noms des utilisateurs qui n'avaient plus besoin d'accéder au système.
- Des examens réguliers de l'accès des utilisateurs visant à garantir que cet accès est justifié n'étaient pas effectués dans un certain nombre de bureaux de district.
- Les droits d'accès d'un groupe d'utilisateurs spécial qui pouvait produire des rapports ou effectuer des demandes spéciales de renseignements dans le système d'inscription des clients et dans la base de données sur l'historique des demandes de paiement ne faisaient pas l'objet d'examens réguliers.

- Les outils de sécurité utilisés pour assurer le suivi des droits d'accès des utilisateurs et les demandes de changement d'accès des utilisateurs étaient inadéquats et incohérents, ce qui donnait lieu à l'octroi ou au maintien erronés de droits d'accès.
- Les caractéristiques de sécurité restreignant l'accès au système de correction des demandes de paiement (Claims Correction System) comportaient beaucoup de lacunes. Par exemple, il n'y avait pas de contrôle par mot de passe.

En général, les administrateurs de la sécurité ont davantage de droits d'accès que les utilisateurs généraux. En raison des ressources limitées, le Ministère a délégué certaines fonctions d'administration de la sécurité à un employé temporaire sans expérience qui a attribué par inadvertance des privilèges inappropriés d'administrateur de la sécurité à un autre employé.

#### RECOMMANDATION 4

Pour mieux protéger les renseignements médicaux personnels confidentiels contre les accès non autorisés et la falsification des données, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- veiller à ce que les approbations nécessaires soient obtenues avant d'établir ou de modifier les profils d'accès des groupes d'utilisateurs;
- faire appliquer l'obligation de procéder à des examens périodiques visant à repérer les accès non justifiés au système dans les bureaux de district;
- renforcer l'efficacité du processus d'examen et des outils de surveillance actuels de la sécurité;
- mettre en oeuvre des caractéristiques de sécurité plus rigoureuses pour contrôler l'accès au système de correction des demandes de paiement;



- confier les fonctions d'administration de la sécurité uniquement au personnel compétent.

## FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

### Surveillance et contrôle des fournisseurs

Il incombe aux fournisseurs de soins de santé de s'assurer que les demandes de paiement qu'ils soumettent pour des soins médicaux sont conformes à la *Loi sur l'assurance-santé* et au barème des honoraires. Ce dernier, un règlement pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé*, est une liste énonçant tous les services de santé assurés que les fournisseurs peuvent dispenser, accompagnés des codes de facturation connexes. Le Ministère a également établi une unité de surveillance et de contrôle (Monitoring and Control Unit) chargée d'examiner les demandes de paiement présentées par les fournisseurs pour en garantir le bien-fondé. Cette unité renseigne les fournisseurs sur le processus et les pratiques de soumission des demandes de paiement et prend les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement des trop-payés découlant d'erreurs dans les demandes de paiement soumises.

Il y a deux types de processus de surveillance des demandes de paiement pour soins médicaux, à savoir l'examen préliminaire avant paiement et l'examen après paiement. Toutes les demandes de paiement pour soins médicaux reçues des fournisseurs font l'objet d'un examen préliminaire pour en vérifier la conformité aux règles s'appliquant aux actes médicaux qui ont été programmées dans le système de règlement des demandes de paiement pour soins médicaux. Par exemple, il y a des règles n'autorisant pas le paiement lorsque certains codes d'honoraires sont utilisés plus d'une fois pour un même patient le même jour ou qui restreignent les paiements lorsque certains actes médicaux sont posés en même temps. Toutefois, à cause de la com-

plexité des services de santé, les règles s'appliquant aux actes médicaux ne peuvent avoir le degré d'exhaustivité voulue pour détecter toutes les demandes de paiement inappropriées.

Dans le cadre de l'examen après paiement, le Ministère analyse les demandes payées pour déterminer si les fournisseurs ont présenté leurs demandes en bonne et due forme et conformément au barème des honoraires. Les cas criminels potentiels sont transmis à la Police provinciale de l'Ontario aux fins d'enquête. Toutefois, le Ministère n'a transmis aucune demande de paiement inappropriée relevée au moyen de cette analyse au Comité d'étude de la médecine (le Comité) depuis septembre 2004, c'est-à-dire depuis la suspension des activités du Comité, comme nous l'expliquons ci-après.

### Suspension du Comité d'étude de la médecine

Un examen après paiement peut donner lieu à la prise de différentes mesures, notamment la sensibilisation du praticien, le recouvrement direct de montants payés pour des demandes contenant des erreurs et la transmission des cas de fraude présumée à la Police provinciale de l'Ontario; avant la suspension du Comité en septembre 2004, il pouvait également entraîner la transmission des demandes de paiement douteuses au Comité pour qu'il les examine.

La structure et le processus d'examen du Comité étaient semblables à ce qui existe dans les autres provinces canadiennes, comme le montre la Figure 7. L'étude faite par le Comité pouvait avoir différents résultats, notamment ordonner au médecin concerné de rembourser au Ministère le montant reçu quand le Comité estimait que les services n'avaient pas été fournis, que la nature du service était faussement représentée, délibérément ou par inadvertance, que le service n'était pas nécessaire du point de vue médical ou qu'il n'avait pas été fourni conformément aux normes professionnelles reconnues. Entre l'exercice 1999-2000 et l'exercice 2002-2003, le Ministère a transmis en moyenne

**Figure 7 : Processus de vérification de la facturation des soins médicaux par province**

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

	Déclenchement des vérifications				Composition du Comité d'étude de la médecine				
	Plaintes	Traitement contesté dans les lettres de vérification	Analyse statistique/examen des profils	Autre <sup>1</sup>	Assoc. médicales	Ordre	Gouv.	Public (p. ex. CA, avocat)	Total
C.-B.	✓	✓	✓		1	1	1	1	4
Alb.	✓	✓	✓	✓	5	0	0	0	5
Sask.	✓	✓	✓		2	2	2	0	6
Man.	✓		✓	✓	3	1	3	0	7
Ont. avant sept. 2004	✓	✓	✓	✓	0	18	0	6	24
après sept. 2004	✓	✓	✓	✓	Suspension du Comité d'étude de la médecine et du processus de vérification				
Qc	✓		✓	✓	5	0	1	1	7
N.-B.	✓	✓	✓		5	0	0	0	5
N.-É.	✓	✓	✓		6	0	0	1	7
Î.-P.-É. <sup>2</sup>	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	5	0	2	0	7
T.-N.-L.	✓	✓	✓	✓	5	0	4	1	10

1. Par exemple, une anomalie est relevée quand un type de traitement précis est analysé ou examiné.

2. À cause du petit nombre de médecins à l'Île-du-Prince-Édouard (environ 140), chaque fournisseur est soumis à une vérification au moins une fois par année.

90 cas par année au Comité et a pu recouvrer environ 4,9 millions de dollars par année.

Comme les médecins se plaignaient depuis plusieurs années du fait que le processus ontarien de vérification de la facturation des soins médicaux était trop rigide, trop lourd et inéquitable, le

ministre de la Santé et des Soins de longue durée a nommé, en juin 2004, M. Peter Cory, juge retraité de la Cour suprême du Canada, pour examiner le processus de vérification. La Figure 8 présente un calendrier récapitulatif l'examen mené par le juge Cory et les événements subséquents.

**Figure 8 : Calendrier d'examen du juge Cory**

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

Juin 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Ministère nomme M. Peter Cory pour examiner le processus de vérification de la facturation des soins médicaux.</li> </ul>
De juin à novembre 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le juge Cory reçoit les présentations écrites et orales des parties intéressées.</li> </ul>
Septembre 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Comité d'étude de la médecine est suspendu.</li> <li>Le Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins est créé pour agir comme organisme d'appel temporaire.</li> </ul>
Avril 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le juge Cory soumet son rapport définitif.</li> <li>Le Ministère publie le rapport le jour même.</li> </ul>
Mai 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le ministre annonce à une rencontre avec l'Ontario Medical Association qu'il fournira un plan de mise en œuvre d'ici l'été 2005 pour donner suite aux recommandations du rapport Cory.</li> </ul>
Avril 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mise en œuvre des recommandations du rapport Cory et celle du nouveau processus de vérification de la facturation des soins médicaux sont toujours en suspens.</li> </ul>

Dans le cadre de son examen, le juge Cory a reçu des mémoires écrits de la part du Ministère, de l'Ontario Medical Association, de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et d'autres associations et professionnels du milieu médical. En septembre 2004, en attendant les recommandations du juge Cory, le Ministère a suspendu les activités du Comité et créé un nouveau comité baptisé Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins pour agir comme organe d'appel temporaire des résultats de vérifications menées avant la suspension du Comité ou des décisions prises après la suspension du Comité et portant sur le recouvrement direct de paiements effectués au titre de services assurés.

Dans son rapport final publié en avril 2005, le juge Cory a formulé 118 recommandations à l'intention du Ministère, notamment, établir un nouveau processus de vérification de la facturation des soins médicaux et une nouvelle commission de vérification des honoraires de médecins; la commission fonctionnerait de façon indépendante du Ministère et des autres organismes régissant la profession médicale. Il a également recommandé que la base de sélection des médecins dont l'activité est assujettie à une vérification soit claire, que la méthode de vérification soit transparente et que le processus soit équitable. Le but premier du nouveau processus ne devrait pas être de pénaliser les fournisseurs ou de recouvrer des fonds, mais plutôt d'éduquer les médecins afin de faciliter la conformité aux exigences en matière de facturation. En mai 2005, le Ministère s'est engagé à fournir un plan de mise en oeuvre des recommandations du rapport Cory avant l'été 2005. Toutefois, au moment de notre vérification, le plan de mise en oeuvre avait bien été soumis au Conseil des ministres, mais les modifications législatives se faisaient toujours attendre.

Nous avons remarqué qu'il y avait 110 cas en suspens faisant l'objet d'une vérification au moment où le processus de vérification du Comité a été suspendu. Nous croyons comprendre qu'aucun de ces

cas ne sera rouvert quand le nouveau processus de vérification sera instauré. Nous avons examiné ces cas et remarqué que le Ministère avait calculé des recouvrements potentiels pour 42 d'entre eux, totalisant 3,8 millions de dollars. De plus, en nous fondant sur les taux de recouvrement réalisés entre les exercices 1999-2000 et 2002-2003, nous estimons que des recouvrements potentiels de 13 millions de dollars en date de mars 2006 pourraient avoir été perdus à cause de la suspension du processus de vérification.

## RECOMMANDATION 5

Pour réduire le risque de facturation inappropriée de la part des fournisseurs de services de santé et repérer et recouvrer les trop-payés dans ce genre de cas, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit instaurer dès que possible un processus de vérification efficace.

### Inscription des fournisseurs

L'Ontario compte environ 28 000 fournisseurs de soins de santé, notamment des médecins de famille, des dentistes, des optométristes, des infirmières et infirmiers praticiens et des sages-femmes. Pour pouvoir soumettre des demandes de paiement au titre des services de santé assurés, tous les fournisseurs doivent s'inscrire auprès du Ministère et obtenir un numéro de facturation. Chaque fournisseur doit avoir une adresse en Ontario qui est l'adresse de son cabinet et être titulaire d'un permis d'exercice en règle auprès de son ordre professionnel. Ces ordres professionnels comprennent l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, l'Ordre des optométristes de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario.

Les bureaux de district du Ministère reçoivent et traitent les formulaires d'inscription des fournis-

seurs et les documents à l'appui tels qu'une copie du permis d'exercice délivré par l'ordre concerné. Alors que tous les formulaires d'inscription et les mises à jour des renseignements sur les fournisseurs doivent être conservés dans les bureaux de district aux fins de consultation ultérieure, nous avons constaté que les dossiers des fournisseurs conservés dans les bureaux de district étaient souvent incomplets. Au cours de nos visites, nous avons examiné un échantillon de dossiers d'inscription de fournisseurs. Dans 10 % des cas, nous avons été incapables de repérer les documents d'inscription, et quand ces documents étaient disponibles, il manquait des documents clés à l'appui dans 70 % des cas.

### Mises à jour des renseignements des fournisseurs

Le Ministère maintient des dossiers électroniques de tous les fournisseurs dans son système d'inscription des fournisseurs et reçoit des mises à jour périodiques de la part de leurs ordres professionnels respectifs. Ces mises à jour comprennent les changements touchant le permis d'exercice, l'adresse et la spécialité. Il est particulièrement important de connaître l'état du permis d'exercice pour pouvoir déterminer si le fournisseur a le droit de présenter des demandes de paiement au titre des services fournis.

Pour ce qui est des médecins de famille, le Ministère reçoit des fichiers électroniques de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario chaque semaine et met à jour les dossiers des médecins selon l'information reçue. Les renseignements hebdomadaires reçus de l'Ordre comprennent les nouveaux médecins ainsi que ceux dont le permis d'exercice est échu ou a été résilié. Nous avons toutefois constaté que ces renseignements étaient incomplets, car ils comprenaient uniquement les permis échus à la suite d'une suspension et non les permis échus à la suite du décès, du départ en retraite, de l'abandon de l'Ordre ou du déménage-

ment du médecin en dehors de la province. Par conséquent, l'état du permis d'exercice des médecins n'était pas toujours correctement mis à jour dans la base de données du Ministère.

Comme l'information reçue de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario était incomplète, nous avons demandé et obtenu de l'Ordre une liste complète de tous les médecins actifs en date de février 2006 et l'avons comparée aux dossiers du Ministère. Nous avons repéré 725 médecins non titulaires d'un permis d'exercice qui figuraient toujours comme médecins actifs dans la base de données du Ministère et qui, par conséquent, pouvaient encore soumettre des demandes pour des soins médicaux fournis et en obtenir le paiement.

La Figure 9 énumère les raisons de l'expiration de ces permis.

Nous avons examiné les demandes de paiement soumises par ces médecins et constaté que 40 d'entre eux avaient demandé le paiement de services de santé fournis après l'expiration de leur permis. Ils ont tous reçu le paiement intégral de leurs factures. Par exemple :

- Trois médecins ont soumis des demandes pour le traitement de plus de 800 patients sur une période de 16 mois après l'expiration de leur permis et ont reçu des paiements d'environ 58 000 \$.
- Des demandes de paiement soumises au titre de soins médicaux ont été payées à trois

### Figure 9 : Médecins non titulaires d'un permis d'exercice figurant comme médecins actifs dans la base de données du Ministère, février 2006

Source des données : Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Raison de l'expiration du permis d'exercice	Nombre de médecins
Décès	77
Non-paiement de la cotisation	25
Abandon de l'Ordre	451
Retraite	147
Violation des conditions du permis d'exercice	25
<b>Total</b>	<b>725</b>

médecins qui, d'après les dossiers de l'Ordre, étaient décédés.

- Un médecin suspendu pour avoir enfreint les conditions de son permis d'exercice avait soumis des demandes de paiement pour près de 300 patients après sa suspension.
- Un médecin avait continué d'effectuer un certain nombre d'opérations chirurgicales après l'expiration de son permis.

Nous avons transmis au Ministère les détails de ces cas et celui-ci nous a avisés qu'il effectuerait un suivi à ce sujet.

Pour ce qui est des autres praticiens, comme les dentistes et les optométristes, le Ministère reçoit des lettres ou des avis écrits l'informant au fur et à mesure et au cas par cas des changements de l'état du permis d'exercice, le cas échéant. Nous avons demandé et obtenu des ordres respectifs de ces praticiens une liste complète de tous les dentistes et optométristes actifs en date de février 2006 et avons conclu également que les renseignements de ces praticiens n'étaient pas mis à jour correctement. Quinze dentistes et deux optométristes dont le permis d'exercice était expiré figuraient encore dans le système du Ministère et, par conséquent, pouvaient continuer de soumettre des demandes de paiement; nous n'avons toutefois relevé aucun élément en ce sens. L'expiration de certains de ces permis remontait à plusieurs années.

### RECOMMANDATION 6

Pour s'assurer que les demandes de paiement pour soins médicaux sont payées uniquement aux fournisseurs titulaires d'un permis d'exercice et que le public est protégé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit collaborer de façon plus étroite avec tous les ordres professionnels concernés afin de mettre à jour en temps opportun tous les renseignements des fournisseurs.

## Protection des renseignements des fournisseurs

Les renseignements des fournisseurs, tels que le nom, l'adresse du cabinet, la spécialité médicale, l'état du permis d'exercice ou les restrictions s'appliquant à celui-ci, sont maintenus dans le système d'inscription des fournisseurs. Toutes les demandes de paiement soumises au titre des soins médicaux fournis font l'objet d'une vérification en fonction des renseignements des fournisseurs pour s'assurer que leur permis est valide et qu'ils sont autorisés à fournir les services de santé en question. Nous avons examiné les procédures d'administration de la sécurité du système d'inscription des fournisseurs et sommes arrivés à la conclusion qu'il fallait améliorer la sécurité dans plusieurs domaines :

- L'accès privilégié au système, qui permet de mettre à jour les renseignements des fournisseurs, était maintenu pour des employés qui n'avaient pas besoin de cet accès pour s'acquies de leurs tâches.
- Les comptes d'utilisateur inactifs n'étaient pas supprimés rapidement du système.
- Les documents d'approbation de l'accès au système manquaient dans plus de 25 % des cas que nous avons examinés.
- Les profils de groupes d'utilisateurs, qui permettent aux utilisateurs d'avoir un accès privilégié au système, étaient créés et attribués aux utilisateurs sans les approbations nécessaires.

### RECOMMANDATION 7

Pour mieux protéger les renseignements confidentiels des fournisseurs contre les accès non autorisés et la falsification des données, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- documenter de façon appropriée tous les profils de groupes d'utilisateurs et maintenir toutes les approbations d'accès au système pour s'assurer que les droits d'accès sont

réservés aux personnes qui ont besoin de savoir;

- exiger l'examen régulier des privilèges d'accès au système d'inscription des fournisseurs de façon à maintenir uniquement les privilèges nécessaires.

## TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS MÉDICAUX

Conformément à ce que nous avons mentionné précédemment, toutes les demandes de paiement soumises par les fournisseurs sont examinées pour vérifier l'admissibilité du fournisseur et du patient et sont évaluées par rapport aux règles établies s'appliquant aux actes médicaux pour garantir que les paiements sont effectués uniquement pour des services de santé autorisés. Si le traitement des demandes de paiement se fait correctement dans la plupart des cas, la mise à jour des règles s'appliquant aux actes médicaux, les autorisations de paiement des demandes rejetées par le système et le traitement des demandes sur papier nous préoccupent à certains égards.

### Mises à jour des règles s'appliquant aux actes médicaux

Lorsqu'un changement est apporté au barème des honoraires, lequel établit les règles applicables aux demandes de paiement soumises par les fournisseurs, les changements doivent être apportés dans le système avant la date de prise d'effet pour garantir le traitement approprié des demandes et leur paiement en bonne et due forme. Toutefois, nous avons constaté que la mise à jour par le Ministère des règles s'appliquant aux actes médicaux n'était pas toujours faite avec exactitude et rapidité.

Nous avons analysé la mise en oeuvre de la dernière version des règles s'appliquant aux actes médicaux et constaté que les changements requis

avaient été apportés à l'égard de 22 règles seulement sur 68 avant la date de prise d'effet en octobre 2005. En fait, c'est seulement en mars 2006 que les règles ont été mises en oeuvre intégralement. Nous avons également remarqué qu'il y avait plus de 20 règles qui comportaient des erreurs et qui attendaient d'être corrigées au moment de notre vérification. Par exemple, l'une des règles, qui restreignait le nombre de dépistages prénataux dans un délai donné, comportait des erreurs au moment de sa mise en oeuvre en avril 2002; les corrections n'ont été apportées qu'en août 2005. Même si nous reconnaissons que certaines demandes payées pour ces dépistages peuvent fort bien être appropriées, nous estimons que ce délai pourrait être la cause de trop-payés potentiels de 1 million de dollars.

### Demandes de paiement rejetées

Le Ministère a indiqué que plus de 9,5 millions de demandes de paiement (6 % du nombre total de demandes traitées) avaient été rejetées initialement par le système au cours de l'exercice 2005-2006. Lorsque des demandes de paiement pour soins médicaux sont rejetées dans le cadre de l'examen automatisé fondé sur les règles s'appliquant aux actes médicaux, elles sont transmises aux bureaux de district pour que le personnel vérifie le bien-fondé des demandes rejetées. Celles-ci peuvent alors être présentées de nouveau et payées si le personnel estime que le service était légitime ou médicalement nécessaire, ou la demande de paiement peut être retournée au fournisseur pour qu'il y apporte des corrections et la présente de nouveau.

Le Bureau du vérificateur se dit préoccupé depuis 1993 par le processus employé au Ministère pour autoriser le paiement des demandes rejetées, et ce point demeure préoccupant. Nous avons constaté qu'il n'y avait ni lignes directrices, ni normes, ni procédures adéquates pour aider le personnel des bureaux de district à prendre des décisions cohérentes et pertinentes lorsqu'il évalue les demandes

de paiement rejetées. Nous avons également constaté que les bureaux de district ne documentaient pas suffisamment leurs décisions d'autoriser le paiement des demandes rejetées. Nous avons examiné un certain nombre de ces décisions avec le personnel du Ministère, qui a confirmé que 10 % de ces décisions étaient erronées. Nous avons aussi remarqué qu'il n'y avait pas d'examen de gestion régulier des opérations faisant l'objet d'une dérogation, même sur une base ponctuelle, pour garantir que les décisions prises par le personnel étaient cohérentes et pertinentes.

### Traitement des demandes sur papier

Si la plupart des demandes de paiement pour soins médicaux sont soumises par voie électronique, sur disquette ou sur bande magnétique, environ 750 000 sont soumises sur papier et saisies manuellement dans le système chaque année. Dans le cadre de nos visites aux bureaux de district, nous avons examiné la manutention de ces demandes de paiement et relevé des lacunes dans les mesures prises pour garantir que toutes les demandes sur papier consignées dans le système sont autorisées :

- Il n'y avait ni suivi, ni examen, ni rapprochement du nombre de demandes sur papier reçues, traitées ou payées.
- Les contrôles de l'accès au système de saisie des données des demandes sur papier lais-

saient à désirer, car ni numéro de compte ni mot de passe n'étaient exigés. Une personne mal intentionnée pourrait ainsi facilement consigner dans le système une demande frauduleuse ou inexistante.

### RECOMMANDATION 8

Pour s'assurer que toutes les demandes de paiement valides sont traitées en bonne et due forme, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- mettre en oeuvre toutes les nouvelles règles s'appliquant aux actes médicaux et apporter toutes les corrections en temps opportun;
- élaborer des lignes directrices et des procédures pour aider le personnel des bureaux de district à prendre des décisions cohérentes et pertinentes en matière d'autorisation de paiement des demandes rejetées, et examiner régulièrement un échantillon d'opérations faisant l'objet d'une dérogation pour garantir leur cohérence ainsi que leur conformité aux lignes directrices élaborées;
- établir des procédures de rapprochement du nombre et des montants des demandes sur papier;
- renforcer les contrôles de sécurité du système de saisie des données des demandes sur papier afin de garantir que l'accès au système est limité comme il se doit.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) apprécie les observations et recommandations du vérificateur général. Étant donné l'importance que nous accordons au maintien de contrôles rigoureux et à l'intégrité des systèmes d'inscription et de traitement des demandes de paiement de l'Assurance-santé, nous sommes heureux de constater que le véri-

ficateur général note dans son rapport que les contrôles et procédures mis en place nous permettent généralement de garantir le règlement en bonne et due forme des demandes de paiement.

#### Recommandation 1

Le Ministère convient que la conversion des cartes blanc et rouge est importante. Il examinera

les options ainsi qu'une analyse de rentabilisation à l'appui d'une conversion accélérée.

### Recommandation 2

Le Ministère souscrit à la recommandation du vérificateur général concernant la Direction des programmes de lutte contre la fraude. Il est en train d'élargir le mandat de la Direction de manière à accroître ses activités de surveillance. Celle-ci sera notamment chargée d'identifier les risques inhérents aux systèmes d'information des programmes et du Ministère afin de repérer les cas potentiels de fraude avant de les soumettre aux enquêteurs de la Police provinciale de l'Ontario aux fins de suivi (la mise en oeuvre est censée commencer en 2006-2007).

En juin 2006, le Ministère a apporté des modifications au système afin de mieux surveiller l'admissibilité des clients. Ces modifications comprennent l'envoi de 10 000 avis par semaine afin de vérifier l'admissibilité des clients et l'examen accéléré des comptes inactifs depuis avril 1998.

Le Ministère souscrit à la recommandation du vérificateur général concernant l'arriéré de vérifications de l'admissibilité. Il est en train de réviser ses processus opérationnels de manière à permettre une utilisation plus efficace de ses ressources pour régler les cas en attente.

### Recommandation 3

Le Ministère convient qu'il est important d'assurer le suivi des cas non réglés d'authentification des documents de citoyenneté. Il examinera les options, y compris l'automatisation, qui lui permettraient d'apporter ces améliorations en 2006-2007.

Le Ministère convient avec le vérificateur général qu'il faudrait étendre le programme d'authentification électronique à d'autres documents de citoyenneté courants. Il a engagé des discussions à ce sujet avec Citoyenneté et Immi-

gration Canada et avec le Bureau des passeports.

Le Ministère s'emploie également à donner suite à la recommandation du vérificateur général concernant le rapprochement des demandes de carte Santé reçues et des opérations traitées. Il examinera les exigences qui permettraient de valider le numéro de facturation des médecins qui signent les formules d'exemption de photo ou de signature.

### Recommandations 4 et 7

En juillet 2006, le Ministère a lancé un projet afin de passer en revue ses politiques et procédures de contrôle de l'accès et de formuler des recommandations visant à améliorer les exigences en matière de sécurité qui régissent l'accès du personnel à ses systèmes.

Un système qui recueille toutes les données d'autorisation pour l'accès à la base de données sur les fournisseurs du Ministère a été mis en oeuvre en juin 2006. Ce système produit des rapports trimestriels (dont le premier est prévu pour novembre 2006), qui permettent d'apporter les mises à jour appropriées, notamment en confirmant l'admissibilité continue des profils autorisés.

### Recommandations 5 et 6

Le Ministère a déjà commencé à mettre en oeuvre un processus révisé de vérification des médecins en réponse aux recommandations formulées dans le rapport du juge Cory. La politique a été approuvée et nous en sommes aux dernières étapes de la mise en oeuvre.

Le Ministère a également eu des discussions avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario afin d'améliorer la communication des données à compter du début septembre 2006.

### Recommandation 8

La complexité de la plus récente entente sur les services de médecin a mis à rude épreuve l'ar-



chitecture vieillissante du système de traitement des demandes de paiement. Un examen sera entrepris en 2007-2008 afin de trouver des moyens d'accroître l'efficacité du traitement des

demandes. Lors de la négociation des futures ententes, on veillera à ce qu'il y ait une capacité technique suffisante pour appuyer la mise en oeuvre des éléments négociés de l'entente.