

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario

3.06

Le régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP), mis sur pied en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, paie à des taux déterminés des services assurés offerts aux résidents de l'Ontario par des médecins et autres professionnels de la santé, des laboratoires commerciaux, des centres de diagnostic et des services thérapeutiques. L'OHIP rembourse également les soins médicaux et hospitaliers dispensés aux résidents de l'Ontario dans d'autres provinces et à l'étranger.

Le sous-ministre adjoint, Assurance-santé et programmes connexes, est le directeur général de l'OHIP. Il est responsable, en vertu de la loi, de l'administration globale du régime.

La Direction de l'inscription et des demandes de règlement et la Direction des services aux professionnels administrent les activités courantes de l'OHIP. La Direction de l'inscription et des demandes de règlement se charge d'inscrire les résidents admissibles de l'Ontario et de traiter les demandes de règlement présentées par les professionnels de la santé. La Direction des services aux professionnels élabore et offre des services de consultation médicale qui comprennent :

- l'évaluation des demandes de règlement complexes et l'approbation des demandes portant sur des soins dispensés à l'étranger;
- la tenue d'un registre de tous les professionnels de la santé qui facturent l'OHIP;
- les vérifications suivantes :
 - s'assurer que les demandes de règlement portent sur des services qui ont bel et bien été rendus;
 - s'assurer que la nature des services n'a pas fait l'objet d'une déclaration inexacte;
 - s'assurer que les services étaient nécessaires au point de vue médical;
 - s'assurer que les services ont été rendus conformément aux normes et pratiques professionnelles reconnues.

Au cours de l'exercice financier 1997-1998, l'OHIP a payé environ 134 millions de demandes de règlement, pour un total de 5,1 milliards de dollars, dans ses neuf bureaux régionaux.

OBJECTIFS ET PORTÉE

Les objectifs de la vérification de l'OHIP consistaient à évaluer si les mécanismes de contrôle du système et les procédés connexes étaient suffisants pour assurer l'approbation, le traitement et le paiement appropriés des demandes de règlement présentées par les professionnels de la santé et les laboratoires commerciaux et si le ministère s'était doté de politiques et de procédés appropriés :

- pour s'assurer que l'OHIP est géré selon des principes d'économie et d'efficacité et en conformité avec la loi applicable;
- pour évaluer l'efficacité du système de l'OHIP et en rendre compte.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification, qui englobent l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait par conséquent les tests et autres procédés que nous jugeons nécessaires dans les circonstances.

Notre vérification portait sur les systèmes et procédés employés pour les paiements effectués aux professionnels de la santé et aux laboratoires commerciaux rémunérés à l'acte, pour les demandes de règlement connexes à ces paiements et pour les demandes de règlement portant sur des soins dispensés à l'étranger. Pour l'exercice financier 1997-1998, ces paiements s'élevaient à environ 4,9 milliards de dollars, ou 96 pour 100 de l'ensemble des paiements effectués. Avant d'entreprendre notre vérification, nous avons déterminé les critères qui seraient utilisés pour en atteindre les objectifs. Ces critères ont été examinés et acceptés par le sous-ministre adjoint, Assurance-santé et programmes connexes.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons examiné et analysé les politiques et procédés de l'OHIP ainsi que ceux du Comité d'étude de la médecine de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, interrogé des employés du ministère et des spécialistes indépendants et examiné de la documentation pertinente. Nous avons aussi examiné les travaux utiles de la Direction des services de vérification du ministère et nous nous en sommes remis à eux. Notre vérification était en grande partie terminée en mars 1998.

CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

Les contrôles exercés par le ministère à l'égard des demandes de règlement présentées à l'OHIP doivent être plus efficaces. En outre, les procédés qui servent présentement à évaluer l'efficacité du système de l'OHIP doivent être améliorés. Il faut déployer plus d'efforts dans le but de régler le problème des paiements non justifiés en améliorant la surveillance de la facturation des professionnels de la santé. Le ministère doit également :

- terminer la vérification des personnes inscrites avant 1995 pour mieux s'assurer que les services ne sont fournis qu'à des personnes admissibles;
- renforcer les politiques et procédés de vérification de l'authenticité des demandes portant sur des soins dispensés à l'étranger pour s'assurer que seules les demandes valides sont traitées;

3.06

- examiner régulièrement l'utilisation des codes d'autorisation de traitement des demandes pour s'assurer que seules les demandes valides sont réglées;
- s'assurer que le système des lettres de vérification atteint son objectif;
- examiner, avec l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, des options possibles pour accroître l'efficacité du processus du Comité d'étude de la médecine et accélérer l'examen des factures douteuses présentées par des praticiens;
- imposer les sanctions autorisées en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

En évaluant si les ressources étaient gérées selon des principes d'économie et d'efficacité, nous avons mis l'accent dans notre vérification sur la technologie de l'information utilisée aux fins de traitement des demandes de règlement, notamment le processus de contrôle des modifications au système et l'existence d'un plan fonctionnel de reprise des activités. Nous avons constaté que ces aspects de l'OHIP étaient effectivement gérés selon des principes d'économie et d'efficacité.

CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

BASE DE DONNÉES SUR LES PERSONNES INSCRITES

En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, tous les résidents de l'Ontario ont droit à la protection de l'OHIP. Résident s'entend, au sens de la loi, d'une personne qui est légalement autorisée à demeurer au Canada, qui s'établit en Ontario et qui s'y trouve généralement.

Le ministère tient une base de données sur les personnes inscrites (BDPI), qui contient de l'information comme le numéro de carte d'assurance-maladie, le nom, le prénom, le sexe, la date de naissance et l'adresse. En avril 1998, 11,8 millions de personnes étaient inscrites dans la base comme étant assurées en vertu de la loi.

En 1990, le ministère a remplacé le système des inscriptions familiales de l'OHIP par un système d'inscriptions individuelles et a délivré une nouvelle carte d'assurance-maladie à tous les résidents de l'Ontario. La BDPI a été établie selon les données contenues dans le système des inscriptions familiales. Cependant, l'exactitude de ces données et l'admissibilité de chaque personne n'ont pas été vérifiées à ce moment-là parce que le ministère voulait que le processus d'inscription soit rapide et qu'il n'y ait pas d'interruption de l'assurance. Le ministère prévoyait vérifier les données et l'admissibilité des résidents après le processus d'inscription pour s'assurer :

- que chaque résident admissible avait un numéro de carte d'assurance-maladie et avait reçu une carte;
- que chaque personne qui avait reçu une carte répondait aux conditions d'admissibilité minimales.

Dans notre *Rapport annuel 1993*, nous indiquions que le ministère avait entrepris de mettre sur pied une Unité de vérification et de contrôle des inscriptions afin de vérifier les données et l'admissibilité des personnes inscrites. Dans le cadre de notre suivi en 1995, on nous a fait savoir qu'un Projet d'amélioration de l'inscription avait été entrepris avec le mandat, sur une période de deux ans, d'élaborer des outils prototypes et de déterminer des possibilités d'améliorer la qualité de la BDPI. Les travaux réalisés dans le cadre de ce projet sont maintenant intégrés dans les activités de l'Unité de vérification et de la Direction de l'inscription et des demandes de règlement.

Depuis 1994, le ministère vérifie les données et l'admissibilité de toutes les personnes inscrites qui demandent une nouvelle carte ou le renouvellement ou remplacement de leur carte. Ces exigences se sont poursuivies avec l'adoption, en 1995, de la carte d'assurance-maladie avec photographie. Au cours de la présente vérification, des employés du ministère nous ont fait savoir que depuis 1995, 2,3 millions de cartes avec photographie ont été délivrées, dont 1,3 million sont des cartes de remplacement délivrées à des personnes inscrites avant 1995. Les autres personnes inscrites avant 1995 continuent d'utiliser l'ancienne carte. Leur admissibilité n'est vérifiée que si elle est douteuse.

Recommandation

Afin de mieux s'assurer que les services ne sont offerts qu'aux personnes admissibles, le ministère doit terminer la vérification des données sur les personnes inscrites avant 1995.

Réponse du ministère

En 1994, le ministère a renforcé la sécurité et l'intégrité du processus d'inscription pour intégrer des procédés recommandés par des vérificateurs judiciaires indépendants et exiger que les personnes qui demandent une nouvelle carte confirment d'abord leur admissibilité au Régime d'assurance-maladie de l'Ontario. Des changements ont également été apportés aux renseignements qui figurent sur la carte rouge et blanche pour inclure la date de naissance et le sexe du titulaire de la carte, ainsi que la période pendant laquelle la carte est valide. Ces exigences ont été maintenues et renforcées avec l'introduction, à l'échelle de la province, de la réinscription pour les cartes d'assurance-maladie avec photographie en 1995. Ces processus améliorés s'appliquent aux nouvelles cartes d'assurance-maladie ainsi qu'aux renouvellements et remplacements.

En juin 1995, le gouvernement a demandé au ministère d'examiner la technologie et les processus utilisés pour la carte, de même que la possibilité d'une carte commune de services gouvernementaux. La vérification des personnes inscrites avant 1995 devrait reprendre lorsque cet examen sera terminé.

TRAITEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement présentées à l'OHIP comprennent le numéro d'inscription du médecin, le numéro de la carte d'assurance-maladie du malade, sa date de naissance, la date à laquelle les services ont été rendus, le code des honoraires applicables aux services rendus et les honoraires facturés. Dans l'exercice 1997-1998, environ 134 millions de demandes de règlement représentant en moyenne 38 \$ par demande ont été payées. Quatre-vingt-seize pour cent des demandes ont été présentées sur des disquettes ou rubans pour ordinateur, le reste des demandes ayant été présentées sur papier ou transmises électroniquement. Le système informatique de l'OHIP compare les renseignements contenus dans les demandes de règlement aux bases de données suivantes :

- Base de données sur les personnes inscrites;
- Registre des ressources dans le domaine de la santé, qui contient la liste des fournisseurs de services autorisés et le type de service que chacun est autorisé à offrir;
- Fichier principal des honoraires
- Règles s'appliquant aux actes médicaux

CORRECTIONS MANUELLES DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Au cours de l'exercice 1997-1998, 6,2 millions de demandes de règlement ont été refusées par le système de l'OHIP et signalées aux fins d'évaluation manuelle. Les demandes refusées sont acheminées au Système automatisé de correction des demandes de règlement (SACDR), et des évaluateurs les examinent dans les bureaux régionaux pour vérifier si elles pourraient être introduites de nouveau dans le système. Au 31 mars 1998, l'OHIP employait environ 132 évaluateurs de demandes de règlement.

Les évaluateurs déterminent les demandes qui devraient être soumises aux médecins-conseils aux fins d'évaluation. Ils choisissent ensuite les mesures correctives appropriées pour ces demandes et d'autres demandes refusées, par exemple :

- renvoyer la demande au professionnel de la santé;
- rajuster les honoraires approuvés attribués par le système;
- choisir un code d'évaluation ou de «contournement» pour ordonner au système de traiter de nouveau la demande et de contourner un ou plusieurs contrôles informatiques (par exemple le barème des honoraires et les règles s'appliquant aux actes médicaux);
- modifier l'un des renseignements fournis par le professionnel de la santé, par exemple le code de service, le nombre de services ou les honoraires facturés.

Dans notre *Rapport annuel 1993*, nous indiquions que des améliorations s'imposaient dans les procédés utilisés afin de s'assurer que des mesures appropriées et conséquentes étaient prises pour régler la question des demandes de règlement refusées. Le ministère avait répondu à ce moment-là qu'un projet était en cours avec mandat de restructurer le système de traitement des demandes de règlement. Certaines de nos préoccupations n'avaient toujours pas été abordées. Dans le cadre de la présente vérification, nous avons constaté les faiblesses ci-dessous.

-
- Il n'y avait aucune preuve de l'examen permanent, par la direction, de l'utilisation de codes de contournement. Le système ne produisait aucun rapport indiquant la raison de l'approbation des demandes de règlement refusées. En outre, les données repères qui auraient permis à la direction de comparer des demandes de règlement individuelles au SACDR étaient absentes.
 - Le SACDR permettait de modifier les données initiales d'une demande de règlement afin que les évaluateurs puissent corriger des erreurs de perforation relativement à des demandes de règlement manuelles. Les évaluateurs pouvaient également modifier les données des demandes de règlement présentées électroniquement. Les modifications n'étaient cependant pas identifiables parce que le système n'en enregistrerait pas la source.
 - La capacité d'établir l'obligation de rendre compte et de surveiller le rendement des évaluateurs était limitée parce que le système n'enregistrait pas l'identité de la personne qui approuvait chaque demande de règlement refusée.

Recommandation

Afin de s'assurer que des mesures correctives appropriées et conséquentes sont prises relativement aux demandes de règlement refusées :

- de l'information sur chaque demande de règlement refusée qui a été approuvée par un évaluateur doit être stockée afin que la direction y ait facilement accès;
- la direction doit examiner régulièrement l'utilisation des codes de contournement;
- toute modification apportée dans le Système automatisé de correction des demandes de règlement (SACDR) aux données initiales fournies par les professionnels de la santé doit être identifiable;
- l'identité de l'évaluateur ayant effectué des modifications dans le SACDR doit pouvoir être déterminée.

Réponse du ministère

Le projet de restructuration du système de vérification des demandes de règlement qui était en cours en 1993 a été interrompu en raison d'autres priorités. Entre-temps, d'autres mécanismes ont été mis en place pour faciliter la surveillance en direct des demandes de règlement et de la fraude potentielle, et des séances de formation à l'intention de tous les employés chargés du traitement des demandes de règlement sont prévues pour l'automne 1998 afin d'assurer que les codes d'évaluation sont utilisés correctement et de manière conséquente.

D'autres améliorations des systèmes, notamment la facilité d'examen par la direction ou l'accès à des rapports sur les demandes de règlement modifiées ou contournées, ne peuvent être envisagées avant que les modifications en vue de la transition à l'an 2000 soient terminées.

FICHER PRINCIPAL DES HONORAIRES ET RÈGLES S'APPLIQUANT AUX ACTES MÉDICAUX

Le Fichier principal des honoraires du ministère contient plus de 5 000 services médicaux assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, ainsi que les honoraires que paie l'OHIP pour chaque service. Les services assurés et les honoraires correspondants sont déterminés par le biais de négociations entre le ministère et les associations qui représentent les différents professionnels de la santé. La plus importante association de professionnels de la santé est l'Ontario Medical Association, qui négocie chaque année les honoraires et les services au nom d'environ 22 000 médecins inscrits à l'OHIP. Tous les services et honoraires sont approuvés par des règlements, comme l'exige la loi.

3.06

Dans notre *Rapport annuel 1993*, nous faisons remarquer qu'il y avait 57 règles s'appliquant aux actes médicaux, nouvelles ou révisées, prêtes à être incluses dans le système et qui pourraient avoir une incidence financière sur les montants payés aux professionnels de la santé. Au moment de la présente vérification, nous avons constaté que cet arriéré de travail avait été éliminé et que le système de l'OHIP utilisait 167 règles s'appliquant aux actes médicaux pour déterminer la validité des demandes de règlement. Par exemple, lorsque plusieurs codes de service connexes sont utilisés, les règles s'appliquant aux actes médicaux appropriées pour les codes de service sont utilisées afin de déterminer s'il existe des codes plus généraux pour les mêmes services qui donneront lieu à un paiement moins élevé.

L'utilisation d'une règle s'appliquant aux actes médicaux donne lieu à l'une des mesures suivantes :

- autoriser les montants demandés jusqu'à concurrence des honoraires indiqués dans le Fichier principal des honoraires;
- refuser une demande de règlement et la soumettre à un évaluateur pour qu'il l'examine;
- refuser de payer ou réduire le montant demandé.

Nos vérifications ont révélé que les règles s'appliquant aux actes médicaux étaient en général correctement utilisées et que les paiements étaient basés sur les règles en vigueur à ce moment-là.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES NE POUVANT ÊTRE EFFECTUÉES QU'UNE FOIS

Une personne ne peut subir certaines interventions chirurgicales qu'une fois dans sa vie (par exemple l'ablation de la vésicule biliaire). Lorsqu'une demande de règlement portant sur une telle intervention chirurgicale est traitée, le système vérifie le dossier des renvois pour le numéro de carte d'assurance-maladie pour déterminer si une demande portant sur la même intervention a déjà été réglée. Le système ne conserve cependant pas de données sur les interventions chirurgicales effectuées il y a plus de sept ans. L'OHIP règle donc la demande même s'il est possible qu'une demande similaire ait été présentée il y a plus de sept ans.

Recommandation

Afin d'éviter de payer deux fois le même service, des renseignements sur les interventions chirurgicales que l'on ne peut subir qu'une fois et qui ont déjà été effectuées doivent être conservés dans le système des règlements jusqu'au décès de la personne assurée ou jusqu'à ce que celle-ci cesse d'être admissible pour d'autres raisons.

Réponse du ministère

Il est convenu que les renseignements sur les services qui ne peuvent être dispensés qu'une fois dans la vie doivent être conservés dans le système des règlements jusqu'au décès de la personne assurée. Cependant, étant donné que la première priorité en matière de ressources affectées aux systèmes est la transition à l'an 2000, la mise en œuvre n'aura lieu que lorsque les modifications en vue de l'an 2000 seront terminées.

DEMANDES DE RÈGLEMENT PORTANT SUR DES SOINS DISPENSÉS HORS PAYS

Les règlements de la *Loi sur l'assurance-santé* stipulent que les établissements autorisés où sont dispensés des services médicaux ou chirurgicaux hors pays doivent être considérés comme des établissements de santé aux fins de la loi. Les services fournis par ces établissements à des résidents de l'Ontario sont assurés et payés aux taux prescrits dans les règlements. Au cours de l'exercice financier 1997-1998, l'OHIP a payé environ 34 millions de dollars pour des demandes de règlement portant sur des soins dispensés hors pays.

APPROBATION PRÉALABLE

Les règlements de la *Loi sur l'assurance-santé* autorisent le ministère à conclure une «entente de fournisseur à tarif préférentiel» avec les exploitants d'hôpitaux et d'établissements de santé de l'extérieur du pays pour la prestation de services médicaux déterminés à des personnes assurées par l'OHIP. Les montants payables pour ces services sont indiqués dans les ententes individuelles conclues avec les fournisseurs.

Les services sont admissibles à l'assurance si les soins sont généralement reconnus en Ontario comme appropriés dans les circonstances et ne sont pas dispensés en Ontario ou exigent que la personne se rende à l'étranger afin d'éviter tout retard.

Les règlements précisent également les conditions de paiement de ces services et exigent qu'une demande soit présentée au directeur général de l'OHIP par un médecin qui exerce sa profession en Ontario. Le directeur général doit approuver par écrit le montant à payer avant que les soins soient dispensés. Cependant, au moment de notre vérification, l'approbation était en réalité recommandée par des médecins-conseils du ministère. L'approbation n'était pas accordée par le directeur général comme l'exige la loi.

3.06

Le montant moyen d'une demande de règlement portant sur des soins dispensés hors pays représente environ dix fois le montant moyen demandé par les professionnels de l'Ontario. Étant donné l'importance moyenne considérable de chaque demande de règlement, ces cas justifient un examen et une approbation par la haute direction afin d'assurer l'optimisation des ressources.

Recommandation

Afin de s'assurer que les offres de service sont correctement examinées par la direction, le ministère doit établir des niveaux d'autorisation appropriés pour l'approbation préalable des services devant être dispensés hors pays avant de devenir responsable du paiement de sommes considérables pour de tels services.

Réponse du ministère

En vertu de la Loi sur l'assurance-santé, le directeur général peut déléguer le pouvoir d'approbation des demandes de règlement. Les changements suivants étaient en cours de mise en œuvre au moment de la vérification :

- Depuis le 1^{er} janvier 1998, toutes les dépenses approuvées au préalable dont les estimations dépassent 100 000 \$ sont examinées par le directeur des Paiements et politiques visant les professionnels, avant la confirmation du paiement.***
- Depuis le 1^{er} mars 1998, toutes les demandes approuvées par les médecins-conseils exigent l'approbation du directeur de la Direction des services aux professionnels avant que les soins soient autorisés.***

VÉRIFICATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Bien que le ministère utilise des lettres de vérification pour justifier les demandes de règlement de la part des praticiens de l'Ontario, il n'existe aucune pratique semblable relativement à la vérification des demandes de règlement portant sur des soins dispensés hors pays. Étant donné les sommes considérables qui sont en cause, ces demandes devraient également faire l'objet d'un processus de vérification régulier. Le processus pourrait comprendre des vérifications au hasard de demandes de règlement présentées par des tiers, des entretiens avec des personnes assurées et la vérification de l'existence et des permis des fournisseurs de services auprès des organismes directeurs.

Recommandation

Afin de s'assurer que seules les demandes de règlement valides portant sur des soins dispensés hors pays sont présentées et payées, le ministère doit établir des politiques et procédés permettant d'en vérifier l'authenticité.

Réponse du ministère

L'Unité des demandes de règlement hors pays, en collaboration avec l'Unité des enquêtes, renforce son processus d'examen des demandes de règlement douteuses.

DEMANDES DE RÈGLEMENT PÉRIMÉES

En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, les médecins et autres professionnels de la santé ont droit à des honoraires prescrits si les demandes de règlement sont présentées dans un délai de six mois après la date à laquelle les services médicaux ont été rendus. Lorsque les demandes sont traitées aux fins de règlement, le système de l'OHIP ne compte pas, à l'heure actuelle, le mois au cours duquel le service a été rendu lorsqu'il calcule le délai entre la date du service et la date de la présentation de la demande de règlement. En outre, les demandes de règlement qui sont introduites dans le système dans les 18 premiers jours du mois sont traitées comme si elles avaient été reçues le dernier jour du mois précédent. En conséquence, une demande peut être présentée plus de sept mois après la date à laquelle le service a été rendu et être réglée quand même.

En ce qui concerne les demandes de règlement portant sur des soins dispensés hors pays, l'OHIP les accepte même si elles sont présentées un an après la date des services.

Recommandation

Le ministère doit adopter des contrôles de système et des procédés pour s'assurer que les demandes de règlement ne sont pas payées si elles ne répondent pas à l'exigence, prévue dans la *Loi sur l'assurance-santé*, que les fournisseurs de services présentent leurs demandes de règlement dans les six mois suivant la date du service.

Réponse du ministère

Le ministère est d'avis que la plupart des fournisseurs, si on leur donnait un avertissement suffisant, veilleraient à ce que les demandes de règlement soient présentées dans les délais prévus.

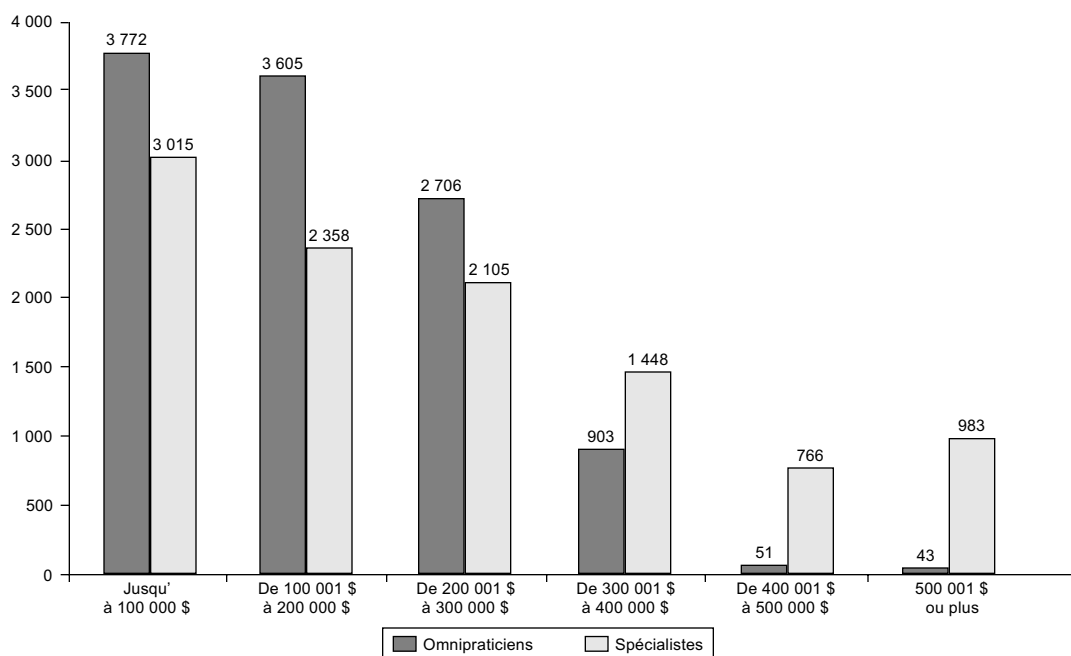
Les conséquences du perfectionnement de la formule des demandes périmées et du processus d'évaluation connexe dans le système de traitement par lots seront évaluées par rapport à d'autres améliorations possibles à apporter au système lorsque les changements en vue de la transition à l'an 2000 seront terminés.

Le ministère examinera la politique de règlement des demandes portant sur des soins dispensés hors pays et, s'il détermine qu'il est préférable de conserver la politique actuelle, il demandera le pouvoir de réglementation approprié.

SECTION DE LA SURVEILLANCE ET DU CONTRÔLE

Les employés de la Direction des services aux professionnels qui sont affectés à la surveillance et au contrôle sont chargés d'examiner la facturation des médecins et des praticiens. Le tableau qui suit présente la facturation des médecins rémunérés à l'acte pendant l'exercice 1997-1998.

Répartition des médecins par volume de facturation



Source : Ministère de la Santé

SYSTÈME DE SURVEILLANCE DES MÉDECINS

Avant 1996, le ministère utilisait son système de surveillance des médecins pour identifier, de façon continue, les médecins dont les pratiques variaient considérablement par rapport à celles de leurs confrères. Les paramètres couverts étaient le nombre de malades reçus, le nombre de services facturés et les honoraires facturés par service par la spécialité en question. Le système tenait également compte de la composition de la clientèle, de la population et de la région géographique où le médecin exerçait sa profession.

Dans nos *rapports annuels 1990 et 1993*, nous indiquions que le système de surveillance des médecins fonctionnait généralement bien pour déceler les cas de facturation douteuse. Cependant, il était peu probable que le système décèle les factures qui auraient pu aller bien au-delà des limites acceptables pour un acte médical donné si les activités globales du médecin se situaient dans la moyenne. Nous recommandions par conséquent que le système soit amélioré de manière à pouvoir faire ressortir les écarts importants au niveau de services ou actes médicaux déterminés. Le ministère avait répondu, en partie, qu'il avait entrepris un projet visant à examiner la restructuration du système.

En 1994, le ministère faisait appel aux services de l'Université Queen's pour l'élaboration d'un plan stratégique visant à surveiller et à contrôler le système. Il était recommandé au ministère, dans ce plan, de mettre à niveau ou de remplacer le système de surveillance des médecins afin d'améliorer la fonctionnalité et de supprimer les limites les plus importantes. De façon précise, il était recommandé de modifier le système pour permettre le mode d'exploitation en tout temps (plutôt qu'annuellement seulement), de créer des sorties d'ensembles de données et des rapports sur papier pour rendre possible l'analyse par la suite, et d'ouvrir l'accès en temps réel aux principaux fichiers du système.

En 1996, le ministère remplaçait le système de surveillance des médecins par des rapports personnalisés visant à identifier les médecins dont la facturation était inhabituelle. Bien que le nombre de cas soumis au Comité d'étude de la médecine ait augmenté, la section reconnaît la nécessité de mettre en place un système utilisant des modèles mathématiques rigoureux et ayant une capacité d'interrogation des données pour analyser la facturation à l'aide de différents facteurs de risque. Un tel système devrait être en mesure de faire le suivi des tendances de la facturation d'un médecin, de déceler les codes de facturation qui ne correspondent pas à la spécialité du médecin, de déceler les niveaux exceptionnellement élevés de certains types de services et de déterminer les codes qui ne devraient pas être facturés ensemble pour un même malade le même jour.

Afin de compléter le système utilisé pour surveiller les médecins, au moins une autre province effectue des vérifications des professionnels de la santé. Cette question était également soulevée dans notre *Rapport annuel 1993*. À ce moment-là, le ministère avait répondu qu'il étudierait les solutions possibles en matière de lois et de politiques pour accroître les pouvoirs du directeur général aux fins de vérifications et d'enquêtes. Bien que des modifications pertinentes à la loi aient été présentées en 1995 dans le cadre du projet de loi 26, elles n'ont pas été adoptées sous forme de loi.

Recommandation

Afin de mieux faire ressortir les pratiques de facturation douteuses, le ministère doit s'assurer que des outils de sélection préliminaire sont élaborés pour remplacer le système de surveillance des médecins.

Réponse du ministère

Le ministère a augmenté sa capacité de surveillance en ajoutant des médecins-conseils à temps plein et à temps partiel et il continue de mettre au point des mécanismes de surveillance améliorés. Le ministère utilise un système de surveillance mis au point en collaboration avec l'Université Queen's, qui fait appel à un logiciel d'analyse statistique et en est aux premières étapes de l'examen d'outils d'exploitation de données, notamment les réseaux neuromimétiques.

3.06

SYSTÈME DES LETTRES DE VÉRIFICATION

Le système des lettres de vérification du ministère produit des lettres créées par ordinateur qui sont envoyées aux malades dans le but de confirmer certains détails des services payés pour eux. Ce système sert à déceler les abus, à prévenir la facturation frauduleuse et à sensibiliser le public.

Le système ne produit pas de lettres dans le cas des services ayant trait à des maladies ou états de santé jugés délicats. Il n'en produit pas non plus pour les demandes de règlement portant sur des soins dispensés hors pays, ni pour les services de laboratoires commerciaux ou autres services diagnostiques ou thérapeutiques étant donné qu'il est peu probable que les malades aient vu les fournisseurs qui ont facturé les services. On demande au malade de renvoyer la lettre au bureau régional approprié et d'indiquer s'il a vu le professionnel de la santé désigné à la date indiquée.

Ces lettres sont envoyées à des malades choisis au hasard et indiquent la date à laquelle les services ont été fournis, le montant payé et le nom du professionnel de la santé. Elles n'incluent cependant aucune description des services. Comme nous le faisons remarquer dans notre *Rapport annuel 1993*, les lettres de vérification utilisées par le ministère de la Santé en Colombie-Britannique renferment une description, en termes non spécialisés, des services fournis.

Si le malade conteste un service donné, le médecin-conseil du bureau régional tente de régler la question. Lorsque le bureau régional est d'avis que le service n'a pas été fourni et que le cas n'est pas un incident isolé, la question est soumise à la Direction des services aux professionnels aux fins d'examen plus approfondi. Cet examen peut consister à envoyer des lettres à d'autres malades qui ont reçu des services similaires du même professionnel de la santé. Lorsqu'il y a un nombre considérable de divergences, il est possible que le cas soit soumis à l'Unité des enquêtes si on soupçonne des facturations frauduleuses.

Au cours de notre vérification, la direction nous a fait savoir qu'elle n'effectuait pas le suivi des réponses négatives aux lettres de vérification pour s'assurer que le suivi était approprié, et que les résumés mensuels requis indiquant les résultats des activités de vérification n'étaient pas tous présentés en temps utile.

Recommandation

Le ministère doit examiner l'efficacité du système des lettres de vérification pour s'assurer qu'il atteint son objectif consistant à déceler les abus et à prévenir les demandes de règlement frauduleuses. Afin d'améliorer la possibilité d'obtenir de l'information plus fiable aux fins d'analyse, le ministère doit également songer à inclure dans les lettres de vérification une description, en termes non médicaux, des services rendus.

Réponse du ministère

Le ministère a adopté certains changements dans le but de soutenir le système des lettres de vérification, notamment :

- **augmenter le nombre de lettres;**
- **mettre au point un système de suivi automatisé qui en est présentement à l'étape de projet pilote;**
- **documenter et établir des procédés avec les bureaux régionaux.**

Le système des lettres de vérification n'est que l'une des manières de surveiller les demandes de règlement non valables. Il sert principalement à déceler les demandes de règlement qui sont présentées pour des services n'ayant pas été rendus. La surveillance interne du ministère permet de déceler les demandes de règlement non valables reliées à de mauvaises habitudes de facturation.

COMITÉ D'ÉTUDE DE LA MÉDECINE

En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le directeur général de l'OHIP peut refuser de payer un service fourni par un médecin, un praticien ou un établissement de santé, payer un montant réduit ou exiger le remboursement du montant payé pour un service s'il est d'avis que :

- le service assuré n'a pas été rendu, en totalité ou en partie;
- la nature du service a fait l'objet d'une déclaration inexacte;
- le service n'était pas nécessaire du point de vue médical ou thérapeutique, en totalité ou en partie;
- le service n'a pas été rendu conformément aux normes et pratiques professionnelles reconnues, en totalité ou en partie.

Le directeur général peut soumettre toute question relative à ces circonstances touchant les médecins au Comité d'étude de la médecine (CEM) de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario avant de prendre une décision concernant un paiement ou un remboursement. Le CEM est un comité créé en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, qui doit faire des recommandations au directeur général relativement à toute question qui lui est soumise. Au cours de l'exercice 1997-1998, le ministère a versé environ 1,8 million de dollars à l'Ordre pour les services fournis par le CEM.

CAS SOUMIS AU CEM

Dans notre *Rapport annuel 1993*, nous indiquions que 156 cas étaient en attente et que la durée moyenne entre la présentation du cas et la recommandation était de 32 mois. Le ministère avait répondu que des modifications à la *Loi sur l'assurance-santé* permettraient d'augmenter le nombre de membres du CEM et ainsi de traiter un plus grand nombre de cas.

En 1996, le nombre de membres du comité passait de 8 à 24, à savoir 18 médecins membres de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) et 6 membres du

3.06

public qui ne sont ni des médecins ni des professionnels de la médecine. Cependant, au 31 mars 1998, seulement quatre membres du public avaient été nommés et deux postes étaient vacants depuis des mois.

Entre 1993 et novembre 1997, la durée moyenne entre la présentation d'un cas et la recommandation était passée à 48 mois. En outre, 271 cas étaient en attente au 31 mars 1998. Le CEM nous a fait savoir, pendant notre vérification, que le ministère avait approuvé le financement nécessaire pour embaucher plus de personnel afin d'éliminer l'arriéré de travail.

Au cours de l'exercice 1997-1998, le CEM a déterminé qu'aucune correction ne s'imposait dans 9 de ses 39 décisions, mais a recommandé des mesures de recouvrement dans 30 cas. Lorsque des mesures de recouvrement doivent être prises, le médecin peut en appeler de la décision auprès de la Commission d'appel des services de santé. Une seule décision a été portée en appel dans l'exercice 1997-1998.

Lorsqu'un recouvrement s'impose, des démarches sont entreprises immédiatement et le médecin est tenu de rembourser le montant intégral dans un délai d'un an. On n'exige cependant de l'intérêt sur les sommes recouvrables qu'un an après la décision du directeur général. Au cours de l'exercice 1997-1998, environ 2,3 millions de dollars de services rendus avant mai 1996 et payés ont pu être recouverts auprès de 30 médecins à la suite des recommandations du CEM. Les sommes recouvrables comprenaient des facturations inexactes attribuables à la mauvaise compréhension par les médecins de certains codes de service du barème des prestations. Le ministère a perçu 800 000 \$ au cours de l'exercice et les médecins lui devaient 7,3 millions de dollars à la fin de l'exercice, dont environ 5 millions de dollars portant sur des années antérieures.

Lorsqu'un médecin répète le même comportement, le recours dont peut se prévaloir le directeur général consiste à soumettre de nouveau le cas au CEM. Des sanctions sont cependant prévues dans une autre province, plutôt que le simple remboursement des règlements effectués comme le recommande le CEM. Dans cette province, le droit de facturer directement le régime d'assurance-maladie d'État peut être révoqué lorsque le professionnel de la santé demande à plusieurs reprises le paiement de services qui n'étaient pas nécessaires au point de vue médical.

Dans notre *Rapport annuel 1993*, nous recommandions, dans le but de prévenir l'utilisation abusive du système par les professionnels de la santé, que le ministère envisage des sanctions contre les professionnels de la santé dont les habitudes d'exercice demeuraient peu souhaitables. Des modifications à la *Loi sur l'assurance-santé* adoptées en 1996 élargissaient les pouvoirs du ministère relativement aux recouvrements financiers, aux sanctions et à l'obtention de renseignements sur les services assurés. Bien que le ministère ait élaboré un plan visant à mettre en œuvre certains aspects de ses pouvoirs supplémentaires, les dispositions qui suivent n'avaient pas été exécutées.

- Les médecins qui s'opposent à la décision du directeur général de rajuster une demande de règlement avant d'en effectuer le paiement ou de recouvrer des honoraires déjà payés peuvent demander un examen par le CEM. Ils peuvent également demander que cet examen soit effectué par un seul membre du CEM si le montant qui fait l'objet du litige est inférieur à un montant prescrit ou si le directeur général consent à ce que l'examen soit effectué par un seul membre du comité. Le ministère n'a cependant pas fixé le montant prescrit ni établi les procédés et critères relatifs à l'approbation de telles demandes par le directeur général.

-
- Un médecin peut maintenant se voir facturer de l'intérêt sur les sommes recouvrables plus tôt qu'auparavant, pourvu que le ministère fixe la date à compter de laquelle l'intérêt est applicable. Le ministère n'a cependant pas fixé la date ni prescrit la méthode de calcul du taux d'intérêt.
 - Le médecin n'est pas tenu de payer le coût de l'examen par le CEM ni celui de toute remise en cause d'un examen si la décision initiale du directeur général est confirmée.
 - L'identité du médecin, l'endroit où il exerce, la description du cas examiné et le montant à rembourser ne sont pas publiés.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a cessé de publier les résultats des décisions du CEM il y a quelques années. Même si l'identité du médecin n'était pas divulguée, les circonstances entourant l'examen étaient exposées.

La lenteur du processus, le fait de ne pas exiger de l'intérêt à compter de la date de la décision de recouvrement et l'absence de sanctions font que certains médecins continuent de faire un usage abusif du système et ne découragent peut-être pas d'autres abus de la part d'autres médecins.

Recommandation

Afin de prévenir l'utilisation abusive du système par les professionnels de la santé et d'accélérer le recouvrement de montants facturés mais non justifiés, le ministère doit :

- **exercer ses pleins pouvoirs relativement aux sanctions en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* et évaluer la nécessité d'imposer d'autres sanctions aux professionnels de la santé qui abusent souvent du système;**
- **organiser des séances d'orientation et fournir de la documentation pour contribuer à réduire l'incidence de facturations inexactes résultant d'une mauvaise interprétation des codes de service du barème des prestations;**
- **évaluer le processus de recommandation et collaborer avec le Comité d'étude de la médecine afin d'accroître la rapidité de ses examens;**
- **combler les postes vacants au sein du CEM afin de réduire l'arriéré de travail et d'accélérer l'examen des nouveaux cas soumis au comité;**
- **demander au CEM de rétablir la publication de ses recommandations, ce qui contribuerait à prévenir les soins et facturations non justifiés.**

Réponse du ministère

Le ministère applique une gamme complète de sanctions en conformité avec la Loi sur l'assurance-santé, y compris les nouveaux pouvoirs dont il dispose depuis 1996 (à savoir le recouvrement direct auprès des médecins). Des règlements seront adoptés et s'appliqueront aux situations où les services ont été rendus le 1^{er} mai 1996 ou par la suite.

3.06

Le ministère participera à des séminaires d'éducation à l'intention des médecins qui exercent présentement et offrira de la formation aux nouveaux inscrits.

La rapidité des examens du CEM sera améliorée étant donné que le comité comprend maintenant trois fois plus de membres et que des mesures ont été prises pour réduire l'arriéré de travail. Le ministère s'engage à traiter au moins 100 cas annuellement, soit pour mesures de recouvrement direct par le ministère, soit pour présentation au CEM. Un poste vacant destiné à un membre du public est maintenant comblé et le poste qui reste le sera le plus tôt possible.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a fait savoir au ministère qu'il recommencera à publier l'information sur les cas soumis au CEM dès l'automne.

UNITÉ DES ENQUÊTES

L'Unité des enquêtes du ministère est chargée de faire enquête sur les questions touchant l'ensemble des programmes du ministère qui lui sont soumises par des employés du ministère ou par le public. Au cours de l'exercice 1997-1998, l'Unité a ouvert 77 dossiers relatifs à l'OHIP et réglé 23 cas. Dans la même année, les organismes chargés de l'application de la loi ont porté des accusations dans sept cas.

En mai 1997, le ministère de la santé a confié à un consultant le mandat de faire enquête et de proposer des recommandations appropriées relativement aux processus et procédés utilisés par le ministère pour déceler, prévenir et faire disparaître la fraude dans le système de santé. L'enquête comprenait une évaluation de l'efficacité et du rôle de l'Unité des enquêtes. En septembre 1997, le consultant recommandait qu'un enquêteur commercial chevronné soit nommé pour diriger temporairement l'Unité. Son mandat consisterait en partie à revoir l'organisation de l'Unité, notamment à évaluer les capacités des employés, à élaborer des politiques en matière d'enquêtes, à rencontrer des groupes chargés de l'application de la loi et à recommander comment le public et le ministère doivent être informés des activités de l'Unité.

Le ministère a chargé un sergent d'état-major de la Police provinciale de l'Ontario d'effectuer cet examen. Le rapport qui en est résulté indiquait que l'Unité devrait être réorganisée de manière à en accroître l'efficacité et l'efficience. En particulier, il soulignait la nécessité d'améliorer la crédibilité des enquêtes, les communications et la gestion des cas. La direction du ministère était d'accord et adopte présentement un plan visant à combler ce besoin.

Même si les changements renforceront la capacité de l'Unité de faire face aux abus potentiels du système, son efficacité dépend des cas qui lui sont soumis par les employés du ministère. Il est par conséquent essentiel que ceux-ci comprennent bien ce qui constitue une pratique douteuse et que des critères soient élaborés relativement aux cas à soumettre à l'Unité.

Recommandation

Afin de s'assurer que les pratiques irrégulières sont examinées et font l'objet d'une enquête, il faut que des critères et procédés concernant les cas à soumettre à l'Unité des enquêtes soient élaborés et distribués aux employés.

Réponse du ministère

Le personnel du service des programmes rencontre régulièrement les employés de l'Unité des enquêtes pour discuter de cas suspects ou obtenir des conseils à ce sujet. Des politiques et lignes directrices plus officielles concernant les recommandations à l'Unité des enquêtes seront élaborées et mises au point conjointement par les services des programmes et l'Unité.

L'Unité a été réorganisée et un système commun de suivi des inscrits et de gestion des cas a été adopté. Le système comprend plusieurs modules permettant d'échanger l'information et d'orienter la recommandation ou l'intervention relativement à tous les dossiers qui constituent des cas potentiels d'abus ou de fraude.

PARAMÈTRES D'EXERCICE

Les médecins utilisent leur jugement professionnel pour déterminer si des actes médicaux sont nécessaires et lesquels il convient d'accomplir. Il peuvent utiliser des normes et lignes directrices (paramètres d'exercice), lorsqu'il en existe, pour déterminer les mesures à prendre selon différentes stratégies. Les paramètres d'exercice contribuent à assurer des soins et traitements appropriés, ainsi qu'à déceler et réduire les actes médicaux non justifiés ou inutiles.

Dans notre *Rapport annuel 1993*, nous indiquions que des paramètres d'exercice en clinique avaient été fixés et que d'autres étaient en cours d'élaboration. Nous recommandions que le ministère poursuive ses efforts pour faciliter l'élaboration de paramètres d'exercice applicables aux professions de la santé. Le ministère a depuis facilité l'élaboration de paramètres pour les établissements autorisés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* et adopté un mandat autorisé pour assurer la mise en application de ces paramètres. La conformité avec les paramètres est évaluée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO). Il n'existe cependant pas, à l'heure actuelle, de normes ou lignes directrices applicables à la plupart des actes médicaux à l'échelle de la province.

En 1992, le ministère et l'Ontario Medical Association (OMA) créaient l'Institute for Clinical Evaluation Sciences (ICES). L'ICES examine, entre autres, le nombre d'actes médicaux accomplis, la durée des séjours à l'hôpital et les médicaments utilisés. Il tente de découvrir les raisons des variations au niveau des actes médicaux et des soins dispensés. Les efforts de l'ICES pourraient éventuellement aboutir à la rédaction de lignes directrices

3.06

à l'intention des médecins et à des campagnes de sensibilisation du public. Par exemple, un projet de recherche récemment réalisé par l'ICES a permis de constater que les membres de la profession médicale ne savaient pas exactement combien de temps les médecins de famille devraient consacrer à leurs malades. Des lignes directrices les aideraient à être plus conséquents à ce chapitre.

L'OMCO et l'ICES sont conscients de la nécessité de collaborer plus étroitement avec l'OMA et le ministère pour élaborer des paramètres d'exercice. Au cours de notre vérification, un comité consultatif conjoint sur la préparation de lignes directrices, formé d'employés de l'OMA et du ministère, a été créé pour mettre en œuvre des lignes directrices d'exercice et de recommandation.

En vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, tous les ordres autonomes de professions de la santé devaient avoir mis au point des programmes d'assurance de la qualité au plus tard en 1997 pour s'assurer que les soins dispensés étaient efficaces et appropriés et pour surveiller la compétence continue de leurs membres de même que l'évolution des normes d'exercice en fonction des résultats constatés chez les malades. L'OMCO a créé des programmes d'assurance de la qualité relevant de sa Division de la gestion de la qualité, une division distincte du CEM. L'OMCO a déclaré que son expérience avec des établissements de santé autonomes prouve qu'il est possible d'améliorer les soins et les économies de coûts.

Cependant, la haute direction de l'OMCO s'inquiète du fait que le ministère ne partage pas l'information dont il dispose. Par exemple, des modifications à la *Loi sur l'assurance-santé* autorisent le ministère à conclure des ententes avec des organismes des secteurs privé et public concernant la collecte et la divulgation de renseignements dans le but de déceler des services non justifiés. L'OMCO est d'avis que si on lui fournissait certains renseignements consignés dans la base de données de l'OHIP, il serait mieux en mesure de s'acquitter de ses responsabilités d'assurance de la qualité. Nous avons également constaté que l'OMCO ne partage pas ses renseignements sur l'assurance de la qualité, que le ministère pourrait utiliser pour effectuer le suivi de facturations non justifiées.

Recommandation

Dans le but d'améliorer les soins dispensés aux malades et de s'assurer que le financement accordé par la province pour les soins de santé est utilisé de façon économique et efficace, le ministère doit faciliter l'élaboration d'autres paramètres d'exercice dans les professions de la santé.

Le ministère doit échanger l'information dont il dispose avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. L'utilisation de l'information doit être clairement définie et respecter les limites imposées par la loi.

Réponse du ministère

Le ministère continuera à collaborer avec les 21 ordres réglementés en vertu de la Loi sur les professions de la santé réglementées dans le but de renforcer leurs programmes d'assurance de la qualité. Des règlements

applicables à tous les ordres seront adoptés cette année. L'un des éléments de ce travail consiste à encourager les ordres à élaborer des normes d'exercice plus nombreuses et plus efficaces. Les ordres doivent inviter leurs membres ainsi que les associations professionnelles à participer à l'élaboration de normes utiles. En outre, le Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé entreprend une évaluation indépendante des programmes d'assurance de la qualité des ordres et fournira ses conseils au ministère dans un rapport provisoire en décembre 1998, et un rapport final en l'an 2000.

Le ministère encourage l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario à conclure avec lui une entente d'échange de l'information.