



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2018-2019

Novembre 2018

Suivi d'un audit de performance

Rémunération des médecins: administration et contrôle

Régie de l'assurance maladie du Québec

CHAPITRE

4

Faits saillants

Objectif des travaux

Dans son rapport sur l'imputabilité de juin 2016, la Commission de l'administration publique (CAP) a demandé au Vérificateur général d'effectuer un suivi des travaux qu'il avait réalisés auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2015 et qui concernaient l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins. Nous avons aussi évalué l'application de cinq recommandations que la CAP avait formulées à la suite de l'audition du dirigeant de la RAMQ en février 2016.

L'objectif de nos travaux était d'apprécier le degré de mise en œuvre par la RAMQ des recommandations qui lui ont été adressées.

Les résultats de l'audit initial ont été publiés dans le chapitre 3 du tome de l'automne 2015 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016*.

Le rapport entier est disponible au www.vgq.qc.ca.

Résultats du suivi

Nous présentons ci-dessous les principaux éléments qui appuient notre niveau d'appréciation quant à l'application des recommandations.

Conclusion générale. Nous avons jugé les progrès satisfaisants pour trois des cinq recommandations formulées par le Vérificateur général, bien que les résultats concrets ne soient pas encore au rendez-vous. Pour les deux autres recommandations, notre degré d'insatisfaction est plus élevé, car nous nous attendions à ce que la situation ait évolué de manière plus significative après trois ans. En ce qui concerne les recommandations formulées par la CAP, elles ont été jugées appliquées ou elles ont progressé de manière satisfaisante dans le cas de quatre des cinq recommandations suivies.

Gestion des risques. La RAMQ considère maintenant les risques de non-conformité et de fraude associés à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Des actions visant à atténuer ces risques ont été entreprises.

Encadrement des interventions. La RAMQ a mis en place une structure permettant un meilleur encadrement des activités de contrôle et a revu ses critères de priorisation des dossiers de même que sa méthode d'échantillonnage. Cependant, les bénéfices découlant de ces actions ne sont pas encore observables.

Processus d'analyse de la facturation. La RAMQ a revu son processus d'analyse de la facturation. Elle sélectionne davantage les dossiers présentant un risque de non-conformité, mais elle n'a pas encore atteint ses objectifs annuels quant au nombre de dossiers présentant des écarts de facturation à analyser. De plus, elle n'est pas encore en mesure de démontrer clairement les retombées positives de cette révision.

Portée des contrôles a posteriori. La RAMQ a entrepris des actions visant à élargir la portée des contrôles. Cependant, en ce qui concerne les modes de rémunération autres que celui à l'acte, ainsi que pour les majorations et les mesures incitatives, les contrôles instaurés à ce jour ne permettent pas encore d'obtenir une assurance raisonnable que les versements sont conformes aux ententes et qu'ils reflètent la réelle prestation de travail. C'est pourquoi notre niveau d'appréciation des progrès à l'égard de cette recommandation demeure insatisfaisant.

Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et étalonnage. Trois ans après le dépôt de notre rapport, les progrès demeurent limités quant à certains volets essentiels, notamment en ce qui concerne le contenu du tableau de bord destiné au conseil d'administration de même que les démarches relatives à l'étalonnage. C'est ce qui explique notre appréciation insatisfaisante à l'égard de cette recommandation.

Nous référons le lecteur au paragraphe 13 du présent rapport afin qu'il prenne connaissance du contexte général de l'application des recommandations par la RAMQ.

Degré d'application des recommandations du Vérificateur général

	Page	Appliquées	En cours d'application		Non appliquées
			Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
Gestion des risques					
1. Revoir son processus de gestion des risques afin de considérer davantage ceux relatifs aux erreurs de facturation et aux fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes.	12	√			
Mécanismes de contrôle					
2. Mettre en œuvre un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles afin de mieux encadrer les contrôles a posteriori, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ▪ prioriser les médecins devant faire l'objet d'un examen de leur facturation ; ▪ convenir de la nature de l'intervention du médecin-conseil de façon à maximiser son utilité ; ▪ adapter la méthode d'échantillonnage des dossiers en fonction des risques, de la charge de travail qui en découle ainsi que de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription. 	14		√		
3. Revoir le processus d'analyse de la facturation afin qu'il joue pleinement son rôle.	19		√		
4. Revoir la portée des contrôles a posteriori pour tous les modes de rémunération afin de s'assurer que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes.	22			√	
Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et étalonnage					
5. Améliorer ses mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et poursuivre sa démarche d'étalonnage avec des organisations similaires, notamment pour mieux englober le volet de sa mission portant sur la rémunération des médecins.	29			√	
Total des recommandations		1	2	2	
Recommandations qui sont appliquées ou pour lesquelles les progrès sont satisfaisants		60 %			

Degré d'application des recommandations de la Commission de l'administration publique¹

	Page	Appliquées	En cours d'application		Sans objet
			Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
1. QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec voie à ce que son plan d'action, établi suivant les recommandations du Vérificateur général du Québec, contienne des objectifs mesurables. Qu'elle y prévoie, entre autres, une meilleure évaluation du risque. Qu'elle présente les résultats de ce plan dans son rapport annuel de gestion. Qu'elle rende compte de son application à la Commission de l'administration publique, au plus tard le 1 ^{er} avril 2017.	32	√			
2. QUE le comité d'audit du conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec soit responsable du suivi des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec.	33	√			
3. QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec présente, dans son prochain rapport annuel de gestion, l'information de gestion relative aux résultats des enquêtes et des inspections liées à la facturation des services professionnels, dont le total des sommes d'argent récupérées.	33	√			
4. QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec instaure et applique des contrôles sur les types de rémunérations autres que celui à l'acte, dont le remboursement des mesures incitatives.	34			√	
5. QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec s'assure que le fonctionnement du système de rémunération à l'acte (SYRA) soit en cohérence avec les dispositions de la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. Qu'elle fasse le suivi de la mise en œuvre du projet SYRA à la Commission de l'administration publique au 1 ^{er} décembre 2016 et tous les six mois jusqu'en décembre 2018 ² .					√
6. QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec accentue l'effet dissuasif de ses méthodes de contrôle telles que les pénalités, les sanctions et les mesures coercitives.	35		√		
7. QUE le gouvernement du Québec réponde, dans les meilleurs délais, aux demandes de modifications législatives et réglementaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elles touchent, entre autres, au délai de prescription, aux amendes imposées et au pouvoir d'inspection de l'entité. Le cas échéant, que la Régie de l'assurance maladie du Québec informe la Commission de l'administration publique sur la réponse reçue ³ .					√
8. QUE le Vérificateur général du Québec effectue un suivi de sa vérification de l'administration et du contrôle de la rémunération des médecins et qu'il publie ses résultats dans son rapport sur la vérification de l'optimisation des ressources de l'automne 2018 ⁴ .					√
Total des recommandations		3	1	1	
Recommandations suivies qui sont appliquées ou pour lesquelles les progrès sont satisfaisants			80 %		

1. Il s'agit de l'ensemble des recommandations de la CAP, dont cinq ont fait l'objet d'un suivi par le Vérificateur général.

2. Le Vérificateur général ne s'est pas prononcé sur le degré d'application de cette recommandation adressée à la RAMQ.

3. Le Vérificateur général ne s'est pas prononcé sur le degré d'application de cette recommandation adressée au gouvernement du Québec.

4. Cette recommandation s'adresse au Vérificateur général et non à la RAMQ.

Table des matières

1	Mise en contexte	8
2	Conclusion générale	10
3	Recommandations du Vérificateur général	12
3.1	Gestion des risques	12
3.2	Mécanismes de contrôle	14
	Encadrement des interventions	
	Processus d'analyse de la facturation	
	Portée des contrôles a posteriori	
3.3	Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et étalonnage	29
4	Recommandations de la Commission de l'administration publique	32
	Commentaires de l'entité	37
	Annexes et sigles	41

Équipe

Serge Giguère
Sous-vérificateur général

France Bêty
Directrice d'audit par intérim

Lucie Bédard
Jean-François Bélanger
Ida Thaïs Bindutiye
Nadia Croteau
Nicolas Pellerin

Bien que la RAMQ administre la rémunération de plusieurs catégories de professionnels (médecins, dentistes, optométristes et pharmaciens), le présent rapport ne vise que la rémunération des médecins.

1 Mise en contexte

1 Le Québec compte un peu plus de 21 000 médecins inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Leur rémunération est versée conformément aux ententes de rémunération en vigueur. La RAMQ a la responsabilité d'exercer des activités de contrôle et de surveillance relativement aux paiements effectués, afin de déceler des erreurs de facturation ou des cas potentiels de fraude et, s'il y a lieu, de récupérer les sommes versées en trop. Elle doit de plus évaluer son efficacité et sa performance, notamment en vertu de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*.

2 À l'automne 2015, le Vérificateur général a déposé à l'Assemblée nationale un rapport d'audit de performance portant sur l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins par la RAMQ.

3 En février 2016, la Commission de l'administration publique (CAP) a entendu en audition le président-directeur général de la RAMQ concernant les actions qu'il comptait entreprendre afin de corriger les lacunes soulevées. Au terme de cette rencontre, les membres de la CAP ont formulé leurs propres recommandations sur le sujet. Parmi celles-ci, ils ont demandé au Vérificateur général d'effectuer un suivi de ses travaux et de leur transmettre un état de situation au plus tard à l'automne 2018.

4 Afin de répondre à la demande de la CAP, nous avons mené des travaux de suivi de mai à octobre 2018. Nous avons évalué le degré d'application de l'ensemble des recommandations que nous avons formulées, ainsi que de cinq des huit recommandations formulées par la CAP.

Rémunération des médecins

5 La rémunération versée par la RAMQ aux **médecins** omnipraticiens et spécialistes en 2017-2018 a atteint une valeur de plus de 7,7 milliards de dollars (tableau 1).

Tableau 1 Rémunération versée en 2017-2018

	En millions de dollars	Nombre de médecins
Médecins spécialistes	4 770	11 283
Médecins omnipraticiens	2 968	10 126
Total	7 738	21 409

Source : RAMQ.

6 En 2017-2018, la RAMQ a traité près de 62 millions de demandes de paiement. Plusieurs modes de rémunération sont utilisés et la rémunération à l'acte représente la plus grande proportion de la valeur de la rémunération payée. Cette proportion s'est accrue au cours des dernières années, pour atteindre plus de 70 % en 2017-2018 (tableau 2).

Tableau 2 Modes de rémunération de 2013-2014 à 2017-2018 (en pourcentage)

	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Rémunération à l'acte (y compris certaines mesures incitatives)	61,4	61,5	63,2	66,4	70,1
Autres modes de rémunération ¹	38,6	38,5	36,8	33,6	29,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1. Le détail des autres modes de rémunération est présenté à l'annexe 2.

Source : RAMQ.

Précisions sur l'objectif et la portée des travaux de suivi

7 Deux rapports d'audit portant sur la rémunération des médecins ont été déposés par le Vérificateur général du Québec en novembre 2015. L'un visait l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins par la RAMQ, tandis que l'autre s'attardait à la conception et au suivi des ententes de rémunération par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

8 Il est important de rappeler que le suivi détaillé faisant l'objet du présent rapport concerne uniquement l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins et porte sur les recommandations adressées à la RAMQ. Il ne vise donc pas à faire le suivi des recommandations formulées dans le rapport portant sur la conception et le suivi des ententes de rémunération des médecins.

9 À ce sujet, les deux ententes actuellement en vigueur ont été signées avec les omnipraticiens et les spécialistes en mars 2018. Ces nouvelles ententes ont fait l'objet d'analyses par l'équipe du Vérificateur général dans le cadre de la formulation de l'opinion du Vérificateur général sur le rapport préélectoral du ministre des Finances.

10 Dans ce rapport du Vérificateur général sur le rapport préélectoral, publié le 20 août 2018, nous avons soulevé certaines incertitudes découlant des nouvelles ententes, qui sont susceptibles d'augmenter les dépenses de rémunération. Parmi celles-ci, mentionnons les études comparatives avec d'autres provinces actuellement en cours, l'application du principe d'équité en matière de gains financiers entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes, de même que l'impact possible d'une sous-évaluation de l'évolution de la pratique.

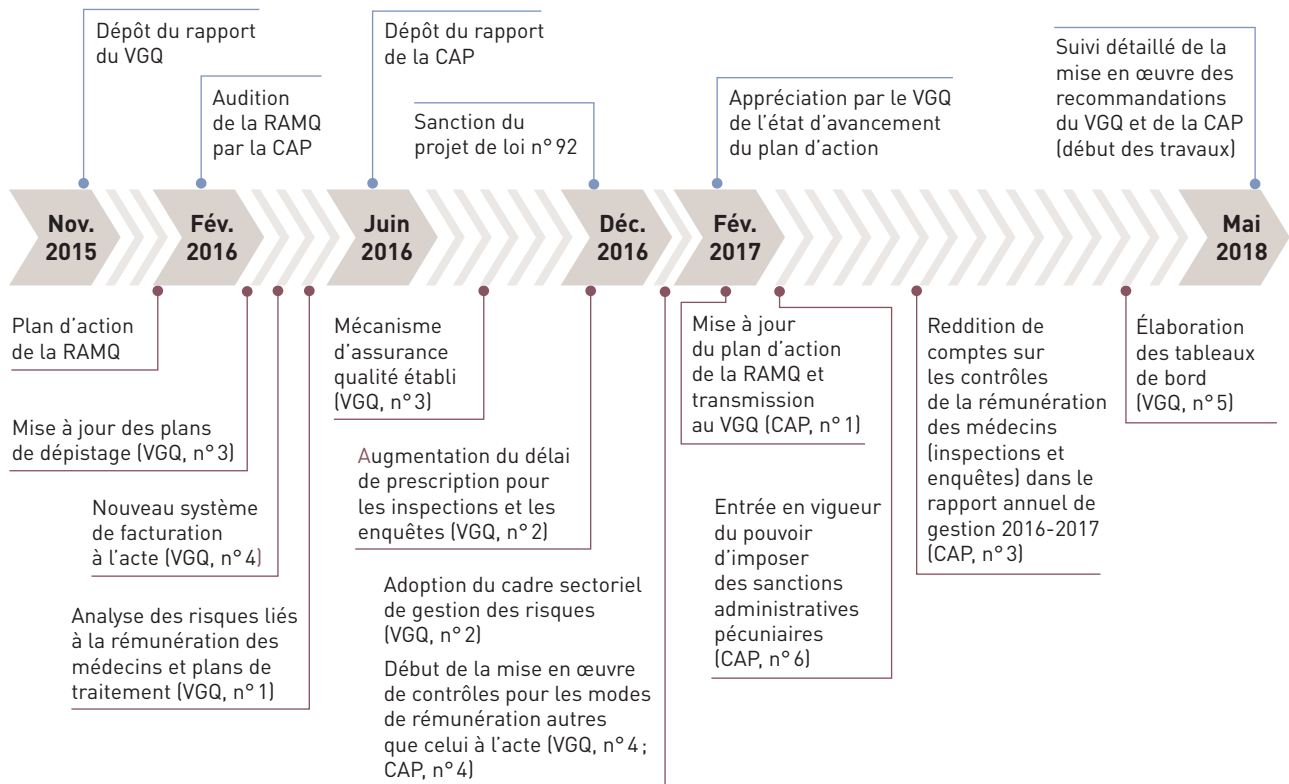
11 Le fait que des mécanismes d'atténuation et des clauses particulières sont prévus dans les ententes signées entre les fédérations médicales et le gouvernement, visant à favoriser le respect des enveloppes, nous permet de croire à une amélioration de la situation observée en 2015. Toutefois, l'efficacité de ces mécanismes dépendra de la rigueur associée à leur application et des décisions ultérieures du gouvernement. Présentement, il est encore trop tôt pour se positionner en raison du court délai depuis la signature des ententes en mars dernier.

12 L'objectif et la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Conclusion générale

13 Le rapport du Vérificateur général de l'automne 2015 mentionnait que la RAMQ ne prenait pas suffisamment en compte les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins. Cela avait des conséquences sur l'ensemble des mécanismes de contrôle à leur égard ainsi que sur les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance en place. Le virage à entreprendre pour apporter les correctifs était important, car il nécessitait une modification à la culture même de l'organisation. Ainsi, le plan d'action devait prévoir plusieurs étapes, notamment la reconnaissance de l'existence d'un risque, l'évaluation de celui-ci, la détermination des contrôles nécessaires et leur mise en œuvre. La figure 1 présente la chronologie des différents événements depuis le dépôt de notre rapport, de même que la mise en œuvre de certaines actions prévues dans le plan d'action de la RAMQ.

Figure 1 Principaux événements et actions entreprises par la RAMQ pour répondre aux recommandations du Vérificateur général et de la CAP¹ de 2015 à 2018



1. Les numéros des recommandations du VGQ ou de la CAP sont mentionnés à la suite des actions entreprises par la RAMQ.

VGQ Vérificateur général du Québec

14 Sur la base des actions mises en place et de la volonté démontrée par la RAMQ, les progrès sont jugés satisfaisants pour trois des cinq recommandations que nous avons formulées. Toutefois, les résultats concrets ne sont pas encore au rendez-vous, étant donné le temps nécessaire pour que les nouvelles façons de faire produisent les effets recherchés. Pour deux recommandations, nous considérons les progrès comme insatisfaisants en raison du fait qu'après trois ans nous aurions pu nous attendre à ce que la situation ait évolué de manière plus significative.

3 Recommandations du Vérificateur général

15 Les pages qui suivent présentent les résultats de nos travaux à l'égard du degré de mise en œuvre des cinq recommandations que nous avons formulées dans le chapitre 3 du tome de l'automne 2015 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016*.

16 La première section concerne la gestion des risques. À la deuxième section, nous abordons les mécanismes de contrôle sous trois volets : l'encadrement des interventions, le processus d'analyse de la facturation et la portée des contrôles a posteriori. Enfin, la troisième section porte sur les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance ainsi que sur les activités d'étalonnage.

3.1 Gestion des risques

Recommandation du Vérificateur général

1 Revoir son processus de gestion des risques afin de considérer davantage ceux relatifs aux erreurs de facturation et aux fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes.

Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
√			

17 En 2015, nous avons mentionné qu'aucun des risques majeurs cernés par la RAMQ ne concernait spécifiquement la rémunération des médecins, alors que cette activité représentait 62 % des dépenses de programmes de la RAMQ. Le fait de ne pas considérer les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins avait des conséquences sur l'ensemble des mécanismes de contrôle mis en place.

18 La RAMQ considère maintenant les risques de non-conformité et de fraude associés à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes dans son processus de gestion des risques.

19 La RAMQ a procédé à la mise à jour des politiques internes encadrant la gestion des risques, notamment la politique de gestion intégrée des risques qui définit les rôles et les responsabilités des différents intervenants. Elle a aussi bonifié son **cadre de gestion intégrée des risques**. Ce cadre prévoit la production de rapports de suivi des risques soumis à la haute direction afin de s'assurer que les risques recensés sont maintenus à un niveau acceptable.

20 Les risques de fraude et de non-conformité liés à la rémunération des médecins ont fait l'objet d'une analyse approfondie sur le plan sectoriel par la Vice-présidence à la rémunération des professionnels (VPRP), ce qui a eu pour résultat le repérage de 11 risques spécifiques associés initialement à 41 mesures de contrôle à l'égard des médecins. Voici deux exemples.

Risques	Mesures de contrôle
Payer les médecins pour des services non rendus	<ul style="list-style-type: none">■ Envoi de demandes de renseignements aléatoires pour vérifier la correspondance entre le service facturé et celui documenté par le médecin dans ses notes cliniques■ Dépistage, à l'aide de critères et d'outils, des médecins présentant un écart de facturation par rapport à leurs pairs et dont les données de facturation n'expliquent pas cet écart
Payer pour des services facturés non conformes aux ententes, aux lois et aux règlements	<ul style="list-style-type: none">■ Vérification systématique de la conformité et de la recevabilité des informations disponibles sur la demande de paiement■ Vérifications aléatoires de la conformité des signatures sur les demandes de paiement■ Validations postpaiement via des exploitations de données pour s'assurer de la conformité des services payés à un médecin dans des systèmes de rémunération différents

21 Cet exercice a permis d'élaborer deux grands **plans de traitement** mettant en lumière les actions à mettre en œuvre afin de contrôler la fraude et la non-conformité. Le résultat de cette démarche se traduit dans un document de référence pour la VPRP : le **cadre sectoriel de gestion des risques** et des contrôles de la rémunération médicale, qui fait l'objet de notre analyse dans la section suivante (recommandation 2).

Le cadre de gestion intégrée des risques est un document de référence organisationnel ayant notamment pour objectifs d'uniformiser les pratiques de gestion des risques à la RAMQ et d'en définir les principaux concepts.

Une vérification (ou un contrôle) systématique désigne une ou plusieurs validations informatiques ou manuelles qui s'appliquent à l'ensemble de la facturation des médecins. Par exemple, il y a des validations visant à s'assurer que les restrictions relatives à certains codes d'activité réservés à des spécialités sont respectées.

Les plans de traitement définissent les méthodes de déploiement des mesures d'atténuation du risque.

Le cadre sectoriel de gestion des risques définit le fonctionnement de la gestion des risques pour la VPRP, qui est l'un des cinq principaux secteurs de la RAMQ.

3.2 Mécanismes de contrôle

Encadrement des interventions

Recommandation du Vérificateur général

- 2 Mettre en œuvre un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles afin de mieux encadrer les contrôles a posteriori, notamment :**
- prioriser les médecins devant faire l'objet d'un examen de leur facturation ;
 - convenir de la nature de l'intervention du médecin-conseil de façon à maximiser son utilité ;
 - adapter la méthode d'échantillonnage des dossiers en fonction des risques, de la charge de travail qui en découle ainsi que de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription.

Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
	√		

22 Les travaux réalisés en 2015 avaient démontré que, malgré la démarche d'optimisation et de coordination entreprise, les différentes unités administratives participant au processus de contrôle a posteriori n'étaient pas encadrées de manière à s'assurer qu'elles intervenaient de façon structurée et complémentaire afin de maximiser l'efficacité de leurs interventions. De plus, la RAMQ ne disposait pas d'un plan de gestion des contrôles a posteriori et aucun coordonnateur n'assurait une gestion globale et optimale.

23 La RAMQ a mis en œuvre un cadre sectoriel de gestion des risques qui devrait favoriser un meilleur encadrement des contrôles a posteriori. Si ce nouvel encadrement nous semble approprié, le court délai depuis son adoption et sa mise en œuvre ne permet pas encore d'en apprécier adéquatement l'efficacité.

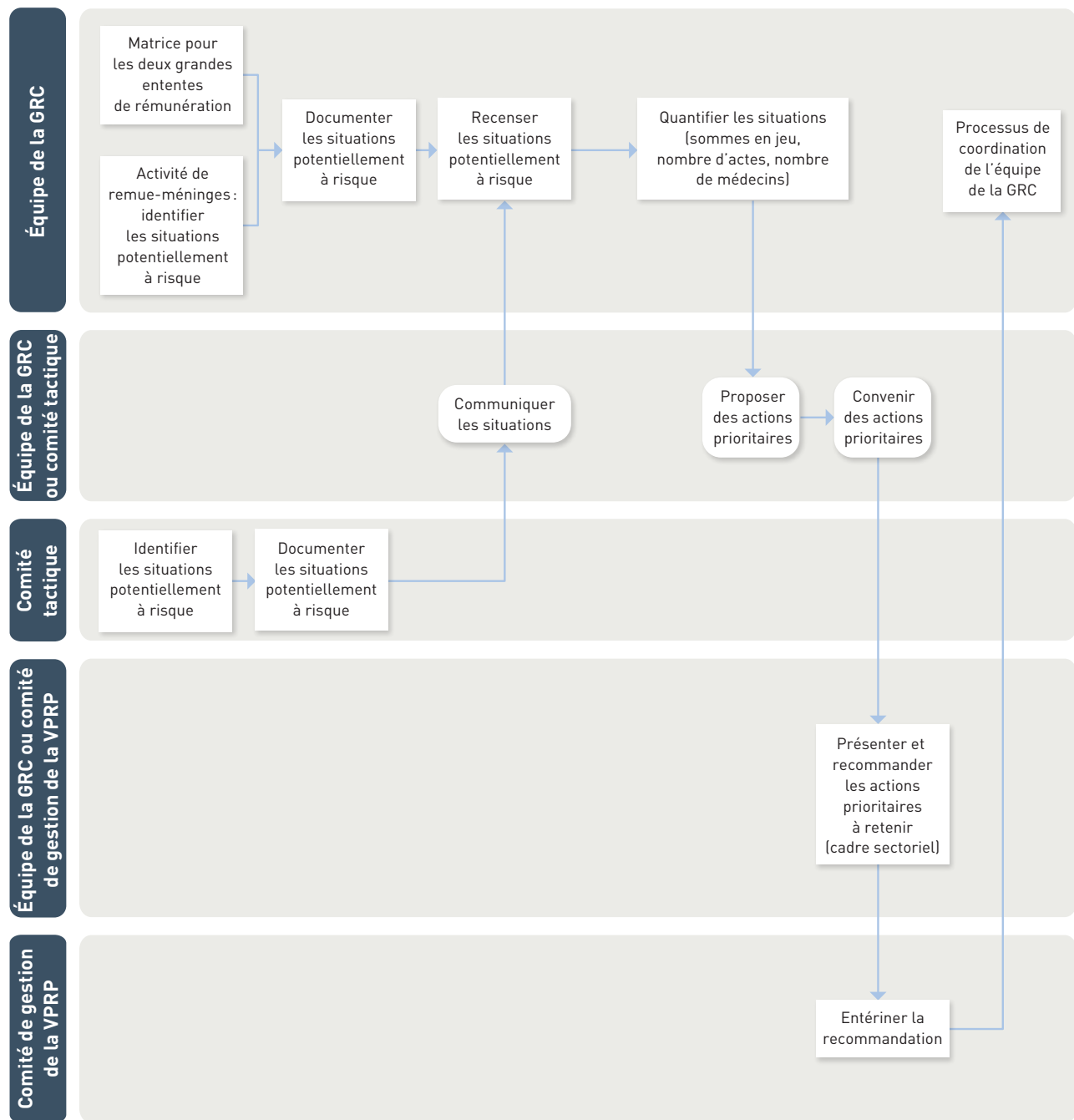
24 En vue d'assurer une meilleure coordination des activités de gestion des risques, la RAMQ a créé la Direction de l'expertise aux ententes et de la gestion intégrée des risques et des contrôles. Cette direction s'occupe des activités relatives à la gestion des risques et des contrôles liés à la rémunération des médecins. Elle a pour mandat d'appuyer et de coordonner les travaux du comité tactique.

25 Pour sa part, le comité tactique est composé des représentants des unités concernées par la facturation des professionnels de la santé, de ceux du service des enquêtes ainsi que de ceux du service juridique. Il permet un meilleur arrimage des activités de contrôle au sein de la vice-présidence. On y discute, par exemple, des situations à risque émergentes ainsi que des dossiers pour lesquels il est nécessaire de déterminer le mode d'intervention à privilégier.

26 Un cadre sectoriel de gestion des risques, adopté en janvier 2017, décrit les rôles et les responsabilités des intervenants. Il prévoit un processus annuel de détermination des situations à risque en matière de rémunération des médecins, qui nécessitent une surveillance et qui deviennent alors des actions prioritaires.

27 Depuis l'adoption du cadre sectoriel en 2017, deux exercices de détermination des actions prioritaires ont été effectués. La figure 2 en présente le processus.

Figure 2 Processus annuel de détermination des actions prioritaires¹



1. Le processus est tiré du cadre sectoriel de gestion des risques et des contrôles de la rémunération médicale, un document interne de la RAMQ.

GRC Gestion des risques et des contrôles (équipe au sein de la Direction de l'expertise aux ententes et de la gestion intégrée des risques et des contrôles)

VPRP Vice-présidence à la rémunération des professionnels

28 Ce processus prévoit l'utilisation d'un outil (matrice) déterminant les modalités des ententes pour lesquelles des montants importants sont investis et qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse récente en matière de risques. Cette matrice est en cours d'élaboration pour le moment.

29 Les travaux relatifs aux actions prioritaires peuvent parfois conduire à l'implantation de contrôles systématiques, à des contrôles spécifiques tels que des enquêtes ou des inspections, à des mesures de sensibilisation auprès des médecins (infolettre) et à des notes d'avis aux parties prenantes (MSSS, Collège des médecins du Québec, établissements de santé, etc.) pour les informer de certains enjeux ou pour souligner des aberrations observées.

30 La mise en place de cette structure visant à gérer les risques et les contrôles, ainsi que les nouvelles façons de faire, est une nette amélioration par rapport à la situation observée lors des travaux initiaux. Cependant, nous avons noté que les actions prioritaires découlant de ce processus annuel ne comportent pas d'échéancier de réalisation et que le suivi de leur mise en œuvre s'effectue à travers plusieurs outils non intégrés. Dans ces circonstances, il est difficile d'obtenir une vision complète quant à l'état de réalisation des actions prioritaires déterminées initialement et à leur évolution d'un exercice à l'autre.

31 Toujours en lien avec l'encadrement des interventions, nous avons aussi mentionné que la RAMQ n'avait pas déterminé de critères qui permettaient de prioriser les dossiers les plus à risque, ni de balises pour orienter l'intervention du médecin-conseil dans le processus de contrôle a posteriori. De plus, le choix des méthodes d'échantillonnage n'était pas justifié en fonction du risque.

32 La RAMQ a uniformisé sa méthode de priorisation des médecins devant faire l'objet d'un examen de leur facturation et elle a bonifié le rôle des médecins-conseils. Elle a, de plus, adapté sa méthode d'échantillonnage en fonction des risques et de la capacité de récupération des sommes. Cependant, les bénéfices découlant de ces actions ne sont pas encore observables.

33 À la suite du repérage des dossiers à risque de médecins devant faire l'objet d'une analyse de leur facturation, une cote de priorité est maintenant attribuée aux dossiers. Cette cote est établie en fonction d'une grille standard avant l'inscription des dossiers dans l'inventaire des enquêtes ou dans celui des inspections, et un coordonnateur est responsable de leur assignation. Les processus d'enquête et d'inspection ont été revus. Ils prévoient un mécanisme d'arrimage entre les parties prenantes ainsi qu'un mécanisme d'escalade pour assurer une meilleure orientation des dossiers litigieux.

34 Par ailleurs, des mesures ont été mises en place afin d'optimiser le rôle des médecins-conseils, dont l'instauration de rencontres entre les techniciens et les médecins ainsi que l'intervention plus rapide des médecins dans le processus d'analyse. Par exemple, le médecin est maintenant impliqué avant et durant l'enquête. Cela contribue à mieux estimer le montant pouvant être réclamé et, ainsi, à diminuer l'écart entre ce montant et celui finalement récupéré.

Le délai de prescription porte sur la période de temps au cours de laquelle des services ont été payés, et dont la RAMQ peut récupérer les sommes si elle est d'avis qu'ils ont été payés à l'encontre des prescriptions de la loi. Ce délai débute dès que la RAMQ a effectué un versement en argent. Ainsi, plus le délai relatif à la détection de la non-conformité (ou fraude) ainsi qu'au traitement du dossier est long, plus la capacité de récupération diminue. L'augmentation des délais de prescription vise à atténuer cette problématique.

35 La RAMQ a aussi bonifié sa méthode d'échantillonnage, en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, afin de s'assurer que les intervalles de confiance et les marges d'erreur sont acceptables. Depuis janvier 2018, lorsqu'un échantillon est requis dans le cadre d'une enquête ou d'une inspection, la taille de cet échantillon est déterminée à l'aide d'une grille standard qui considère notamment le niveau de risque et qui contribue à l'uniformité du processus. Toutefois, cette uniformité peut être altérée puisque la RAMQ se garde la possibilité de modifier la taille des échantillons pour que le temps d'analyse des dossiers respecte la disponibilité des conseillers médicaux. Il sera important que la RAMQ utilise cette flexibilité avec parcimonie afin de ne pas perdre les bénéfiques liés à l'application de sa grille standard.

36 La *Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à encadrer les pratiques commerciales en matière de médicaments ainsi qu'à protéger l'accès aux services d'interruption volontaire de grossesse* (projet de loi n° 92), sanctionnée le 7 décembre 2016, a permis d'augmenter les **délais de prescription** pour des services fournis non conformément à l'entente (de 3 à 5 ans) et pour des services non rendus, non fournis par le médecin lui-même, faussement décrits ou non assurés (de 3 à 10 ans). La prescription applicable à une réclamation de la RAMQ est suspendue à compter de la notification d'un avis d'enquête, et ce, pour un maximum d'un an. En raison du caractère récent de cette loi et du fait que son application n'est pas rétroactive, nous ne pouvons pas encore constater dans quelle mesure elle permet à la RAMQ de récupérer davantage les sommes indûment payées.

37 Bien que les progrès à l'égard de l'application de la recommandation 2 soient considérés comme satisfaisants à ce jour, certains éléments devront être améliorés et maintenus pour que notre appréciation demeure à un niveau satisfaisant lors du prochain suivi.

Éléments limitant le degré d'application de la recommandation

- Les actions prioritaires ne comportent pas d'échéancier.
 - Le suivi des actions prioritaires ne se fait pas à l'égard de toutes les actions prévues en début d'année.
 - L'impact des nouveaux délais de prescription sur le montant des sommes récupérées ne peut être encore constaté et évalué en raison du court délai depuis leur entrée en vigueur.
 - L'uniformité de la méthode d'échantillonnage pour la détermination de la taille des échantillons devra continuer à être respectée, à moins de circonstances exceptionnelles.
-

Processus d'analyse de la facturation

Recommandation du Vérificateur général			
3 Revoir le processus d'analyse de la facturation afin qu'il joue pleinement son rôle.			
Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
	√		

38 Lors de notre mission initiale, nous avons constaté que le processus d'analyse de la facturation n'était pas pleinement efficace. Les dossiers présentant le plus grand risque de non-conformité n'étaient pas forcément sélectionnés. Nous avons noté l'absence d'une stratégie basée sur les risques de même que des critères d'analyse faisant peu de distinction entre les omnipraticiens et les spécialistes, qui ont pourtant des profils de facturation différents. De plus, aucun processus d'assurance qualité ne venait supporter l'analyse de la facturation.

39 En outre, nous avons expliqué que plus de 30 000 lettres étaient transmises annuellement aux personnes assurées dans le cadre de vérifications de services rendus (VSR) afin de s'assurer de l'exactitude des services facturés par les médecins. Nous avons démontré que ces VSR étaient menées de façon aléatoire parmi 55 millions de demandes de paiement et que cela donnait bien peu de résultats.

40 La RAMQ a revu le processus d'analyse de la facturation afin qu'il soit plus efficace. Toutefois, en raison du court délai depuis l'implantation des nouvelles façons de faire, la RAMQ n'est pas encore en mesure de démontrer clairement les retombées positives de cette révision.

41 Le Service de l'analyse de la facturation a revu ses **plans de dépistage** (contrôle des dossiers présentant des écarts) en personnalisant les critères à vérifier en fonction des profils des médecins. Les particularités des ententes et les différences de facturation entre les omnipraticiens et les spécialistes sont maintenant davantage considérées. Par exemple, le nombre de patients inscrits est un critère considéré pour les omnipraticiens et non pour les spécialistes. L'ampleur du montant de la facturation d'un acte est un critère de première importance pour les spécialistes, alors que ce n'est pas nécessairement le cas du côté des omnipraticiens. Une mise à jour des plans de dépistage est prévue annuellement lors de la réévaluation des risques et des contrôles.

Une VSR s'effectue au moyen d'un formulaire de sondage transmis à la personne assurée (patient) afin de vérifier que les services payés par la RAMQ ont effectivement été rendus.

Le Service de l'analyse de la facturation relève de la Direction des affaires professionnelles. Il est responsable de l'analyse de la facturation des dossiers nécessitant une expertise médicale. Au 1^{er} avril de chaque année, ce service prépare les plans de dépistage. Des requêtes sont exécutées afin d'obtenir une liste des médecins présentant des écarts de facturation. Le choix des écarts à vérifier est déterminé en considérant le bilan de l'année précédente. Deux plans sont réalisés : un pour les omnipraticiens et un pour les spécialistes.

42 Un tableau sommaire qui regroupe l'ensemble des écarts pour un même professionnel a été élaboré. De cette façon, la RAMQ est en mesure d'examiner de façon plus globale le profil de facturation d'un professionnel plutôt que de s'en tenir à des écarts spécifiques. Ce tableau aide à détecter les cas potentiels de non-conformité les plus significatifs et à mieux évaluer le degré de priorité des dossiers, ce qui favorise une meilleure organisation du travail. La RAMQ s'est fixé un seuil minimal de 50 % et une cible de 75 % des médecins présentant un écart de facturation à vérifier annuellement à la suite du dépistage. Toutefois, le seuil minimal n'a pas encore été atteint, comme cela est indiqué au tableau 3.

Tableau 3 Médecins présentant un écart de facturation (outils de dépistage) et taux de vérification

Année de facturation	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Nombre	Vérifiés	Nombre	Vérifiés
2016	163	26 %	369	34 %
2017 ¹	120	12 %	360	8 %

1. Les travaux de vérification de la RAMQ pour l'année 2017 étaient inachevés au moment de nos travaux (données au 30 septembre 2018).

Source : RAMQ.

43 Des méthodes alternatives de contrôle viennent bonifier le nouveau processus d'analyse de la facturation. Parmi celles-ci, il y a la vérification restreinte ayant notamment pour buts :

- de mesurer une problématique étendue à plusieurs professionnels ;
- d'exercer un contrôle auprès des professionnels pour lesquels des écarts ont été observés, mais dont la priorisation est faible ;
- d'augmenter la visibilité de la RAMQ en menant des vérifications n'étant pas uniquement de nature aléatoire et ayant une plus large portée ;
- de réduire le nombre de dossiers en inventaire.

44 La vérification restreinte peut constituer une mesure dissuasive du fait qu'elle permet d'augmenter la visibilité de la RAMQ parce qu'elle rejoint une population généralement moins vérifiée, dont les écarts de facturation ne sont pas les plus importants. Cependant, lors de nos travaux, la procédure pour ce type de vérification était toujours en élaboration. La RAMQ a recensé certains dossiers potentiels (27), dont 11 ont été pris en charge, mais aucune vérification restreinte n'est terminée.

45 En vertu de l'article 64 de la *Loi sur l'assurance maladie*, la RAMQ est tenue de vérifier périodiquement, par voie d'échantillonnage, si les services assurés dont elle a assumé le coût ont effectivement été rendus. Ainsi, des VSR sont menées afin de s'en assurer.

46 Lors de notre rapport en 2015, les VSR étaient réalisées de manière totalement aléatoire et donnaient peu de résultats. Depuis nos travaux, la RAMQ a amélioré le processus des VSR, notamment en ce qui a trait au formulaire de sondage :

- en ajoutant un code à barres pour faciliter le traitement semi-automatisé ;
- en mettant l'accent sur une note incitant les personnes assurées à répondre au sondage ;
- en ajoutant une question relative à la nature du service reçu.

47 En 2017-2018, la Direction des enquêtes a envoyé plus de 35 000 formulaires de VSR générales à l'égard de services facturés par des médecins (plus de 15 000 médecins visés). Le taux de réponse a été de près de 50 %, alors qu'il était de 15 % seulement en 2014-2015. Au total, 49 cas de facturation non conformes ont été détectés.

48 De plus, un processus additionnel de VSR ciblées a été instauré. Un arrimage entre les résultats de l'analyse de la facturation et l'échantillon utilisé pour les VSR vise à inclure les cas jugés plus à risque. Des zones à risque se prêtant à des VSR sont cernées par la Direction des affaires professionnelles. Ces VSR ciblées sont ponctuelles, mais peuvent être répétées dans le temps si les résultats le justifient. Les VSR ciblées peuvent être :

- verticales : sélection aléatoire parmi les patients d'un médecin pour lequel il y a un doute quant à la facturation (type de VSR normalement lancé à la suite d'un cas détecté lors d'une VSR générale) ;
- horizontales : sélection aléatoire visant plusieurs médecins en raison d'une même problématique (situation à risque, souvent ciblée par les inspections).

49 Les statistiques relatives aux VSR ciblées démontrent cependant que la RAMQ utilise encore peu l'avenue des VSR horizontales et que celles-ci n'ont pas donné de résultats tangibles jusqu'à maintenant. En 2017-2018, six VSR horizontales ont été lancées. Lors de nos travaux, quatre de ces VSR étaient terminées et les montants récupérés étaient négligeables. La RAMQ n'a pas déterminé de nouvelles VSR horizontales à réaliser depuis janvier 2018.

50 Un mécanisme d'assurance qualité a été implanté afin d'apprécier le processus d'analyse de la facturation. Une vérification de la conformité du traitement de tous les dossiers terminés est effectuée et un échantillon aléatoire de 5 % des dossiers non retenus fait l'objet d'une contre-vérification par des pairs. Un premier exercice de contre-vérification des dossiers non retenus a été réalisé à l'automne 2017 et la décision initiale a été maintenue dans plus de 94 % des cas.

51 Les améliorations présentées dans les précédents paragraphes ont mené à une augmentation du volume de dossiers soumis à l'analyse de la facturation et inscrits à l'inventaire des dossiers (tableau 4).

Tableau 4 Fluctuation des dossiers à analyser en inventaire

Exercice	Dossiers en inventaire en début d'exercice	Dossiers ajoutés à l'inventaire pendant l'exercice	Dossiers pris en charge pendant l'exercice (début d'analyse)	Dossiers finalisés ¹
2015-2016	2	16	7	56 %
2016-2017	11	103	45	31 %
2017-2018	69	135	114	23 %

1. Il s'agit du pourcentage des dossiers ajoutés à l'inventaire pendant l'exercice qui étaient finalisés lors de nos travaux.

Source : RAMQ.

52 En tenant compte des actions menées, nous considérons les progrès à l'égard de l'application de la recommandation 3 comme satisfaisants à ce jour. Cependant, certains éléments devront être améliorés pour que notre appréciation demeure à un niveau satisfaisant lors du prochain suivi.

Éléments limitant le degré d'application de la recommandation

- La RAMQ n'a pas encore atteint le seuil de dossiers présentant des écarts de facturation (dépistage) à analyser annuellement.
- Des méthodes de contrôle prévues au processus d'analyse de la facturation sont peu réalisées à ce jour ou nécessitent d'être raffinées pour donner de meilleurs résultats.
- Le court délai depuis l'application des nouvelles modalités du processus d'analyse de la facturation n'a pas encore permis des changements significatifs en ce qui concerne les montants potentiellement récupérables.

Portée des contrôles a posteriori

Recommandation du Vérificateur général			
4 Revoir la portée des contrôles a posteriori pour tous les modes de rémunération afin de s'assurer que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes.			
Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
		√	

53 En 2015, nous avons mentionné que la portée des contrôles a posteriori était trop restreinte, ce qui ne permettait pas à la RAMQ d'avoir l'assurance nécessaire que la rémunération versée aux médecins était conforme aux ententes pour tous les modes de rémunération.

54 Premièrement, certains modes de rémunération et **mesures incitatives** étaient peu ou pas contrôlés a posteriori. Deuxièmement, les travaux d'analyse de la facturation portaient sur un nombre restreint de services facturés. Par exemple, en 2014, seulement 2% des médecins avaient fait l'objet d'une analyse de leur facturation, et ce, généralement pour un seul code d'acte. Troisièmement, les outils utilisés pour analyser la facturation n'étaient concentrés que sur les médecins dont le profil de facturation s'écartait de la moyenne observée chez leurs confrères. La RAMQ omettait ainsi de considérer les cas où l'utilisation d'un code d'acte de façon inappropriée serait largement répandue dans la pratique.

55 La RAMQ a entrepris des actions visant à élargir la portée des contrôles pour l'ensemble des modes de rémunération. En ce qui concerne le mode de rémunération à l'acte, il y a eu une bonification significative des contrôles en place. Cependant, pour les autres modes de rémunération, ainsi que pour les majorations et les mesures incitatives, les contrôles instaurés à ce jour ne permettent pas encore d'obtenir une assurance raisonnable que les versements sont conformes aux ententes et qu'ils reflètent la réelle prestation de travail.

Rémunération à l'acte

56 Un nouveau système informatique relatif au règlement des factures des professionnels de la santé (**RFP**) a été implanté pour la rémunération à l'acte, et toutes les demandes de paiement sont maintenant informatisées. Ce nouveau système a également permis d'améliorer et d'automatiser certains contrôles avant paiement. Par exemple, dans les situations permettant une majoration des honoraires en fonction de l'horaire, le système RFP exige la saisie de l'heure au début du service afin de déterminer sa recevabilité. De plus, le calcul des honoraires se fait dorénavant de manière automatique, ce qui permet une économie de temps et la diminution du risque d'erreur de calcul. En outre, des ressources du Service du règlement et du soutien aux contrôles ont pu être libérées et affectées à des tâches liées au contrôle a posteriori.

57 De même, les durées anesthésiques ont fait l'objet d'une analyse de risques. Celle-ci a notamment permis de révéler des situations où le temps total anesthésique facturé quotidiennement excède 24 heures ou encore des **invraisemblances** entre la durée de l'anesthésie et la nature de l'intervention facturée. À la suite de cette analyse, la RAMQ a présenté ses constats et recommandations au MSSS en mai 2017. À ce jour, cette analyse a mené à l'implantation d'un contrôle systématique quant aux durées anesthésiques simultanées. Une bonification de ce contrôle est prévue, soit la détermination d'une durée maximale pour 20 codes d'acte ciblés.

Les mesures incitatives sont des sommes supplémentaires accordées aux médecins pour l'atteinte d'objectifs spécifiques. Certaines mesures sont payées annuellement, notamment celle relative à la prise en charge et au suivi de patients. D'autres mesures, par contre, prennent la forme d'une majoration, par exemple en matière de tarification à l'acte, dans des contextes particuliers, comme lorsque des services sont donnés par un médecin en contexte d'urgence.

Le système RFP est le fruit du projet de refonte des systèmes de rémunération à l'acte (projet SYRA) des médecins, des optométristes et des dentistes. L'ancien système était connu sous l'acronyme MOD.

Voici un exemple d'invraisemblance notée par la RAMQ : une césarienne dont la durée anesthésique est de huit heures.

58 De plus, pour assurer un meilleur contrôle de la facturation des actes rémunérés à l'unité et prévenir les potentielles situations de non-conformité, une limite maximale a été introduite pour chaque ligne de facture présentée par les médecins. Les lignes qui excèdent cette limite sont interceptées et redirigées au Service du règlement et du soutien aux contrôles afin qu'elles soient analysées et traitées manuellement par les agents pour en assurer la conformité. Tous les actes à l'unité pouvant être facturés dans le système RFP ont été recensés.

Modes de rémunération autres que celui à l'acte

59 Lors de l'audit initial, nous étions particulièrement préoccupés par le peu de contrôles a posteriori de certains modes de rémunération autres que celui à l'acte. C'est d'ailleurs une préoccupation qui a aussi été soulevée par les parlementaires lors de l'audition de la CAP. Depuis, la RAMQ a effectué certaines interventions en vue d'augmenter son niveau d'assurance quant à la conformité de ce type de rémunération, mais celles-ci ont encore une portée trop restreinte ou les résultats ne sont pas toujours concluants.

60 Par exemple, une analyse de risques approfondie a été réalisée au sujet des **per diem** réclamés dans le cadre de la rémunération mixte. La RAMQ a cherché à investiguer les cas anormalement fréquents où des per diem étaient facturés sans qu'un acte y soit associé. Bien que des travaux soient toujours en cours, ils ont donné certains résultats, dont ceux énumérés ci-après :

- Il y a eu une récupération de près de 160 000 dollars provenant de l'investigation concernant 64 médecins à la suite d'un échantillonnage ciblé parmi les 200 médecins ayant facturé le plus de per diem sans acte au cours d'une année.
- Des enquêtes et des inspections ont été engagées mais, pour la majorité d'entre elles, le traitement n'est pas encore terminé.
- Une deuxième phase de ce projet était en cours au moment de nos travaux, soit un contrôle par échantillonnage ciblé. Une troisième phase est prévue auprès d'une centaine de médecins n'ayant pas été ciblés dans l'une des deux premières phases.

La rémunération mixte comprend une compensation pour le temps travaillé (per diem), à laquelle s'ajoute un supplément d'honoraires ou une portion du tarif de l'acte qui est effectué.

61 Des travaux ont également été menés par la RAMQ au sujet des **angiographies** coronariennes. Selon les données fournies par la RAMQ :

- Durant la période située entre janvier 2010 et juin 2017, 89 % des angiographies réalisées ont été facturées selon un mode de rémunération autre que celui à l'acte, soit celui des services de laboratoire en établissement, totalisant un montant de 17 millions de dollars.
- La particularité de ce mode de rémunération est que le radiologiste n'a pas à fournir le numéro d'assurance maladie des personnes assurées pour qui les actes ont été posés ni le numéro de pratique du médecin référant.
- Il y a 1,68 fois plus d'angiographies facturées par les radiologistes que de coronarographies facturées par les cardiologues, alors que le ratio devrait être d'environ un pour un.
- La RAMQ a constaté que 96 % des angiographies facturées sont de type bilatéral, lequel est deux fois plus rémunérateur que le type unilatéral.

62 À ce jour, deux enquêtes ont été réalisées et celles-ci ont mené à une récupération liée à des services non rendus d'un montant inférieur à 2 000 dollars. Les travaux de la RAMQ se poursuivent dans ce dossier, notamment par la préparation d'avis au MSSS visant des modifications à l'entente. Entre-temps, aucun contrôle récurrent ou systématique n'a été mis en place puisque la facturation des médecins est jugée conforme aux textes de l'entente.

63 Lors de l'audit initial, nous avons aussi soulevé le fait que la RAMQ ne vérifiait pas si les établissements de santé appliquaient les contrôles nécessaires visant à s'assurer de la conformité des relevés d'heures pour les modes de rémunération dont les sommes sont versées aux médecins en fonction du temps travaillé. Dans ce contexte, un comité de travail (MSSS-RAMQ-Établissements de santé) a été créé en vue de s'assurer que les établissements développent de meilleurs mécanismes de contrôle quant à la conformité des relevés d'heures travaillées par les médecins. En réponse aux cinq recommandations formulées par ce comité en avril 2017, la RAMQ a notamment :

- transmis une lettre au MSSS en juillet 2017 proposant une modification à l'article 66.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* afin de rendre disponible toute l'information utile et pertinente sur la facturation des médecins pour appuyer les établissements dans leur responsabilité de signer et de valider les demandes de paiement ;
- informé les établissements au printemps 2018 des nouvelles règles à l'égard des plans de délégation de signature et de leur obligation de lui transmettre leur liste de signataires autorisés ainsi que leur plan de délégation au plus tard le 30 septembre 2018.

Lorsqu'un cardiologue effectue une coronarographie, il peut arriver que l'expertise d'un radiologiste soit demandée afin qu'il effectue une angiographie qui est, en fait, la relecture de la coronarographie. Dans un tel cas, le radiologiste peut facturer le service selon le mode de rémunération à l'acte ou le mode de rémunération « services de laboratoire en établissement ».

64 À la suite de ces interventions de la RAMQ, la situation n'a pas évolué au rythme auquel on se serait attendu. Il n'y a pas eu de modifications législatives permettant de faciliter l'application des contrôles relatifs aux types de rémunération autres que celui à l'acte, et tous les plans de délégation de signature n'ont pas été obtenus à la date prévue (30 septembre 2018). De plus, il n'y a pas eu d'activités du comité de travail depuis la formulation des recommandations, bien qu'aucune de celles-ci ne soit appliquée à ce jour.

Mesures incitatives, primes et majorations

65 En 2015, nous avons souligné le fait qu'il y avait des risques importants que les sommes accordées au moyen de mesures incitatives (incluant tout autre type de prime ou de majoration) ne soient pas conformes. En vue de pondérer ces risques, la RAMQ a effectué des analyses sur quelques-unes de ces mesures, dont celles qui ont trait aux suppléments accordés pour l'inscription de certaines clientèles et la pratique polyvalente ainsi que pour le nombre de jours de pratique significative.

66 Dans ces deux cas, les travaux de la RAMQ ont révélé une rémunération généralement conforme aux ententes. Toutefois, dans le cas du supplément accordé pour l'inscription de certaines clientèles, la RAMQ a entrepris de porter à l'attention du Collège des médecins du Québec de possibles enjeux quant à la qualité du suivi offert par les médecins prenant en charge plus de 3 000 patients. De plus, les analyses réalisées à propos du supplément accordé pour le nombre de jours de pratique significative ont amené la RAMQ à s'interroger sur certaines modalités de l'entente. Elle a engagé de nouvelles investigations au sujet d'irrégularités relatives à la rémunération des médecins, indirectement liées au supplément, tels des jours de facturation de 24 heures ou la facturation simultanée selon deux modes de rémunération.

67 La RAMQ s'est également attardée à la majoration de la rémunération pour une urgence survenant pendant l'horaire de garde. Ces travaux ont révélé que lors des fins de semaine et des jours fériés durant lesquels plus de 10 patients sont vus par le médecin :

- dans la majorité des spécialités, les médecins facturaient une visite de contrôle en appliquant le modificateur d'urgence au lieu de facturer la tournée des malades ;
- plusieurs médecins exerçant la fin de semaine en région éloignée réclamaient systématiquement le modificateur d'urgence pour l'ensemble de la facturation de la période visée ;
- certains médecins utilisaient le modificateur d'urgence comme une majoration applicable lorsqu'ils travaillaient pendant ces horaires.

68 Un avis a été transmis au MSSS le 4 novembre 2016 pour l'informer de la nécessité de clarifier le type d'acte ou les circonstances dans lesquelles le modificateur d'urgence peut être utilisé. Un second avis a été envoyé au MSSS le 28 mars 2018. Entre-temps, la RAMQ a engagé des actions en fonction de son interprétation de l'entente. Une préanalyse démontre une récupération potentielle auprès de 39 médecins, dont 8 pour lesquels la récupération est estimée à plus de 100 000 dollars chacun. Il a toutefois été convenu, afin d'accroître la visibilité de la RAMQ ainsi que l'effet dissuasif de ses contrôles, de procéder à des inspections sommaires (5 dossiers) pour l'ensemble des 39 médecins. Les services relatifs au modificateur d'urgence facturés à tort seront récupérés au réel. Une lettre avisant le médecin que sa facturation n'est pas conforme à l'entente et qu'elle est dorénavant placée sous surveillance suivra l'analyse des 5 dossiers, lorsque celle-ci sera complétée.

69 Enfin, un enjeu administratif a aussi été soulevé lors de l'audit initial à propos des montants récupérés auprès des médecins. Actuellement, les sommes versées pour les mesures incitatives ne sont pas encore suffisamment prises en considération dans la récupération des montants payés en trop.

70 Ces exemples d'interventions de la RAMQ en lien avec les mesures incitatives, les primes ou les majorations vont dans le sens de la recommandation que nous avons formulée lors de la mission initiale. Cependant, tout comme nous le soulignons pour les modes de rémunération autres que celui à l'acte, la portée limitée de ces contrôles, combinée aux résultats encore parcellaires de ceux-ci, nous empêche de nous déclarer satisfaits, trois ans après la publication du rapport d'audit.

Autres analyses et contrôles a posteriori

71 Malgré les réserves que nous émettons, il est important de souligner que d'autres interventions de la RAMQ peuvent avoir des impacts positifs sur l'ensemble des modes de rémunération et des majorations. Sans égard aux contrôles informatiques du système RFP, les différentes mesures de contrôle déployées par la RAMQ ont eu pour résultat que 13,5 % des médecins ont fait l'objet d'au moins une mesure de contrôle en 2017-2018.

72 Les analyses liées à la tenue des cliniques de vaccination antigrippale permettent d'illustrer nos propos. Ainsi, la RAMQ a produit un état de situation en janvier 2016 et a transmis un **avis au MSSS** au sujet de la rémunération des médecins lors de ces cliniques. La vaccination, lorsqu'elle est faite dans le cadre d'une visite de routine, est incluse dans le tarif de la visite, et le médecin ne peut donc pas la facturer en sus de son examen. Cependant, la RAMQ a constaté que lors des journées spécifiques de vaccination, des médecins facturaient aussi un examen ordinaire plus un **forfait** pour tous les patients vaccinés, ce qui rendait le coût de la vaccination très élevé. À la suite des interventions de la RAMQ, le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec se sont entendus : les tarifs lors des cliniques de vaccination massive ont été revus à la baisse et l'application du forfait est dorénavant proscrite.

L'avis au MSSS demandait des modifications à l'entente pour mieux encadrer la pratique. Cet avis soulignait également la possibilité d'optimiser des ressources utilisées pour la vaccination en rappelant que cet acte n'est pas réservé aux médecins. Les vaccins peuvent être administrés par les infirmières en toute légalité à coût moindre.

Les nouvelles dispositions prévoient que le médecin ne peut facturer les suppléments prévus pour le patient vulnérable, le forfait annuel de prise en charge et de suivi du patient en groupe de médecine familiale (GMF) ou le supplément pour la première visite ou intervention clinique faite lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille.

73 Une surveillance accrue a aussi été mise en place à l'égard des médecins auxquels la RAMQ verse plus de 1 million de dollars annuellement (184 médecins en 2016). Un portrait des contrôles effectués pour l'année de facturation 2016 a été réalisé et les résultats sont les suivants :

- Toutes les demandes sont validées de manière systématique afin de s'assurer qu'elles respectent les conditions prévues aux ententes, et elles peuvent être ciblées pour des VSR ou des analyses de risques. Pour les 184 médecins visés en 2016, la RAMQ a pu récupérer environ 10 millions de dollars (une partie de ce montant peut figurer parmi les montants récupérés cités dans les sections précédentes).
- Les médecins peuvent aussi être ciblés par l'un des outils de dépistage mis en place pour les contrôles spécifiques en matière d'analyse de la facturation. Ainsi, les 25 médecins les mieux rémunérés ont également fait l'objet d'une analyse particulière, ce qui a notamment conduit à des inspections, à des enquêtes et à des réclamations de l'ordre de 3 millions de dollars (une partie de ce montant peut figurer parmi les montants récupérés cités dans les sections précédentes).

74 Les enjeux à l'égard de la recommandation 4 sont particulièrement importants, car ils réfèrent à la capacité de la RAMQ d'appliquer des contrôles efficaces, tant pour s'assurer de la conformité aux ententes que pour apprécier la prestation de travail des médecins par rapport aux honoraires versés. Ainsi, bien que la RAMQ ait posé plusieurs actions pour revoir la portée des contrôles a posteriori, nous ne sommes pas encore convaincus, après trois ans, qu'elle parviendra à obtenir une assurance raisonnable de l'application conforme des ententes et de la pertinence des montants versés pour les modes de rémunération autres que celui à l'acte, de même que pour les majorations et les mesures incitatives.

Éléments clés empêchant la satisfaction à l'égard de la recommandation

- Plusieurs des actions mises de l'avant par la RAMQ sont trop récentes, non complétées ou ont une portée restreinte; ainsi, il est difficile de déterminer si elles seront efficaces ou si elles contribueront d'une façon durable au contrôle de la rémunération pour les modes autres que celui à l'acte ainsi que pour les majorations et les mesures incitatives.
 - La collaboration entre les différentes parties prenantes (MSSS, RAMQ, établissements de santé) n'a pas encore amené la mise en place de mesures de contrôle efficaces ainsi que leur pérennité, notamment à l'égard des volets suivants :
 - les contrôles de la conformité des relevés d'heures travaillées par les médecins ;
 - les informations de gestion dont disposent les établissements pour valider et approuver les demandes de paiement concernant les médecins sous leur responsabilité.
 - Les sommes versées pour les mesures incitatives ne sont pas encore suffisamment prises en considération dans la récupération des montants payés en trop.
-

3.3 Mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et étalonnage

Recommandation du Vérificateur général

5 Améliorer ses mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance et poursuivre sa démarche d'étalonnage avec des organisations similaires, notamment pour mieux englober le volet de sa mission portant sur la rémunération des médecins.

Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
		√	

75 La RAMQ est assujettie à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*. En vertu de cette loi, elle doit mener une démarche d'étalonnage avec des organisations similaires et présenter les résultats de l'application des mesures d'étalonnage adoptées par le conseil d'administration dans son rapport annuel de gestion.

76 Les travaux réalisés en 2015 ont montré que les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portaient pas sur le contrôle exercé à l'égard de la rémunération des médecins et que la RAMQ devait y remédier, notamment en ayant recours à l'étalonnage avec des organisations similaires.

77 La RAMQ a amorcé des travaux en vue d'améliorer l'évaluation de l'efficacité et de la performance des mesures de contrôle de la rémunération et la production d'une information de gestion adéquate. Toutefois, trois ans après le dépôt de notre rapport, les progrès demeurent limités sur certains volets essentiels, notamment en ce qui concerne le contenu du tableau de bord destiné au conseil d'administration de même que les démarches relatives à l'étalonnage réalisées jusqu'ici.

78 La RAMQ a élaboré deux tableaux de bord afin d'apprécier sa performance quant au contrôle de la rémunération des médecins. De plus, elle a amorcé le développement d'un tableau de bord destiné au conseil d'administration. Voici le portrait de ces tableaux de bord.

Type de tableau de bord	Utilisateurs	Type de données	Degré d'achèvement
Détaillé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Directeurs et chefs de service de la VPRP 	Indicateurs opérationnels se rapportant au contrôle de la rémunération	Indicateurs définis, mais cibles devant encore être établies pour plusieurs d'entre eux
Exécutif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vice-président de la VPRP ▪ Gestionnaires de la VPRP ▪ Bureau du président-directeur général ▪ Direction des communications 		
Destiné au conseil d'administration	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membres du conseil d'administration 	Indicateurs se rapportant à la rémunération des médecins, en plus d'autres indicateurs portant sur la mission de la RAMQ, ses objectifs stratégiques, la qualité des services aux citoyens et la gestion adéquate des ressources	En élaboration (choix des indicateurs qui seront inclus dans le tableau de bord non finalisé lors de nos travaux)

⁷⁹ Les tableaux de bord contiennent principalement des indicateurs opérationnels et non des indicateurs d'effet ou d'impact permettant de mesurer les conséquences des actions de contrôle ou de vérification de la rémunération des médecins. Par exemple, il n'y a pas d'indicateurs permettant de connaître le niveau de conformité de la facturation des médecins. La RAMQ prévoit inclure de tels indicateurs dans son tableau de bord destiné au conseil d'administration. Voici quelques exemples d'indicateurs ayant été incorporés aux tableaux de bord au moment de nos travaux.

Indicateur	Cible
Nombre d'avis émis au MSSS	3 avis/an
Ratio moyen des montants à récupérer sur les montants annoncés dans les lettres de préavis	Indéterminée
Délais de traitement moyen entre la date de la lettre de préavis et la date de fermeture des dossiers d'enquête	Indéterminée
Nombre de formulaires de VSR retournés par catégorie de professionnels de la santé	Indéterminée
Nombre d'inspections terminées (avec ou sans récupération)	Indéterminée
Nombre d'enquêtes administratives terminées (avec ou sans récupération)	Indéterminée

80 Pour ce qui est de la démarche relative à l'étalonnage, la RAMQ a mené à terme, au cours de 2017-2018, une consultation auprès de quatre provinces canadiennes. L'objectif était d'abord de dresser un portrait des pratiques, notamment en ce qui concerne le contrôle de la rémunération des médecins. À la lumière des résultats obtenus, la RAMQ a procédé à un second exercice portant sur une pratique spécifique en Alberta, soit l'emploi d'infirmières aux contrôles de la facturation des médecins, et ce, afin d'enrichir ses réflexions quant à l'optimisation des contrôles.

81 Les façons d'évaluer la performance (indicateurs) ont toutefois été écartées de cet exercice d'étalonnage. Pourtant, dans son rapport annuel de gestion de 2015-2016, la RAMQ indiquait avoir « amorcé une démarche de balisage auprès de différentes juridictions afin de recueillir les indicateurs utilisés relativement à la rémunération des médecins et de manière plus générale à la fraude ainsi que les pratiques de contrôle associées à la rémunération des médecins ». Cette même information est répétée au rapport annuel de 2016-2017 (celui de 2017-2018 n'était pas publié au moment de nos travaux). Nous avons été informés qu'un autre exercice d'étalonnage était planifié pour 2018-2019 et qu'il était prévu d'y intégrer la question des indicateurs. Il aurait été souhaitable de réaliser ce type d'exercice plus tôt afin d'en bénéficier lors de l'élaboration des tableaux de bord.

82 Les principaux éléments qui nous empêchent de considérer les progrès relatifs à la recommandation 5 comme satisfaisants sont les suivants.

Éléments clés empêchant la satisfaction à l'égard de la recommandation

- Le tableau de bord exécutif et le tableau de bord détaillé ne contiennent pas encore de cibles.
 - Le tableau de bord destiné au conseil d'administration est encore en élaboration.
 - La RAMQ n'a pas encore complété de démarche d'étalonnage portant sur l'évaluation de la performance en matière de contrôle de la rémunération des médecins.
-

4 Recommandations de la Commission de l'administration publique

83 À la suite de l'audition de la RAMQ tenue en février 2016, la CAP a adressé six recommandations à la RAMQ. Nous présentons ici les résultats de nos travaux à l'égard du degré de mise en œuvre de cinq de ces six recommandations.

Recommandation de la Commission de l'administration publique

1 QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec voie à ce que son plan d'action, établi suivant les recommandations du Vérificateur général du Québec, contienne des objectifs mesurables. Qu'elle y prévoie, entre autres, une meilleure évaluation du risque. Qu'elle présente les résultats de ce plan dans son rapport annuel de gestion. Qu'elle rende compte de son application à la Commission de l'administration publique, au plus tard le 1^{er} avril 2017.

Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
√			

84 Lors de l'audition, les membres de la CAP avaient souligné la nécessité pour la RAMQ de formuler un plan d'action contenant des objectifs mesurables en rapport avec les risques recensés en spécifiant des indicateurs et des échéanciers.

85 La RAMQ a modifié son plan d'action pour y inclure davantage d'actions permettant une meilleure évaluation du risque. Des indicateurs portant sur le plan d'action ont été incorporés aux tableaux de bord. La RAMQ a présenté les résultats de son plan d'action dans son rapport annuel de gestion et elle a rendu compte de son application à la CAP le 3 mars 2017.

Recommandation de la Commission de l'administration publique			
2 QUE le comité d'audit du conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec soit responsable du suivi des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec.			
Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
√			

86 En février 2016, les membres de la CAP ont précisé que le comité d'audit, en tant qu'entité indépendante au sein de la RAMQ, devait assurer le suivi des recommandations du Vérificateur général.

87 Le suivi des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec est effectué par la Direction de l'audit interne, et une reddition de comptes est faite lors des rencontres du comité d'audit du conseil d'administration de la RAMQ.

88 Une directive de la RAMQ, intitulée Suivi des recommandations de l'audit interne et du Vérificateur général du Québec applicables à la RAMQ, précise que les rôles et responsabilités du comité d'audit consistent à recevoir et à commenter les résultats du suivi des recommandations et à s'assurer que les suites appropriées y sont données. La RAMQ a été en mesure de nous démontrer que cette directive était bel et bien appliquée.

Recommandation de la Commission de l'administration publique			
3 QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec présente, dans son prochain rapport annuel de gestion, l'information de gestion relative aux résultats des enquêtes et des inspections liées à la facturation des services professionnels, dont le total des sommes d'argent récupérées.			
Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
√			

89 Les membres de la CAP souhaitaient que la RAMQ soit plus transparente en ce qui a trait aux efforts consentis pour s'assurer que la rémunération des médecins est justifiée. Ainsi, ils trouvaient important que des données concernant les sommes récupérées soient publiées dans le rapport annuel de gestion.

90 La RAMQ a augmenté la quantité d'information qu'elle présente dans son rapport annuel de gestion. Elle y a inclus de l'information de gestion détaillée se rapportant aux contrôles systématiques, aux vérifications, aux inspections et aux enquêtes liées à la rémunération des médecins.

91 La RAMQ a présenté dans son rapport annuel de gestion 2016-2017 de l'information, tel le nombre d'inspections et d'enquêtes administratives concernant la facturation des médecins. La RAMQ nous a confirmé qu'une information de gestion plus détaillée portant sur la rémunération des médecins sera présentée au rapport annuel de gestion 2017-2018, notamment :

- contrôles systématiques : nombre de contrôles intégrés dans SYRA, montant cumulatif refusé aux contrôles, nombre de médecins distincts avec demandes de paiement refusées, nombre de demandes de paiement refusées ;
- vérifications : nombre total, montant à récupérer à la suite des vérifications ;
- inspections : nombre total, nombre de médecins distincts visés, nombre de dossiers avec récupération, montant à récupérer, nombre de dossiers avec sanctions administratives pécuniaires ainsi que les montants ;
- enquêtes administratives : nombre total, nombre de médecins distincts visés, nombre d'enquêtes de plus d'un an, nombre de dossiers avec récupération, montant à récupérer, nombre de dossiers avec sanctions administratives pécuniaires ainsi que les montants ;
- enquêtes pénales : nombre d'amendes se rapportant aux enquêtes pénales.

Recommandation de la Commission de l'administration publique

4 QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec instaure et applique des contrôles sur les types de rémunérations autres que celui à l'acte, dont le remboursement des mesures incitatives.

Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
		√	

92 À la lumière des échanges tenus avec les représentants de la RAMQ lors de l'audition de février 2016, les membres de la CAP ont compris que du travail était fait par la RAMQ pour améliorer le contrôle a posteriori de la facturation des médecins. Toutefois, ils considéraient comme essentiel que la RAMQ s'assure que les contrôles effectués couvrent tous les types de rémunération, dont le remboursement des mesures incitatives.

93 La RAMQ a entrepris des actions visant à élargir la portée des contrôles a posteriori pour les modes de rémunération autres que celui à l'acte, dont les mesures incitatives. Cependant, ces contrôles demeurent insuffisants pour fournir une assurance raisonnable que les versements sont conformes aux ententes.

94 Les modes de rémunération autres que celui à l'acte font l'objet de contrôles systématiques a priori. De façon générale, ces contrôles permettent de vérifier si les règles d'exclusion ou de limitation prévues aux ententes sont respectées entre les différents modes de rémunération. Voici des exemples :

- valider que l'établissement est reconnu dans le fichier des établissements afin de s'assurer que la facturation est permise ;
- valider que les plages horaires requises sont bien indiquées.

95 Afin de répondre aux préoccupations de la CAP à l'égard de ces modes de rémunération, des améliorations étaient nécessaires concernant les contrôles a posteriori. Le suivi de la recommandation 4 du Vérificateur général (portée des contrôles a posteriori) permet d'apprécier plus en détail les réalisations de la RAMQ concernant la recommandation de la CAP et nos réserves à l'égard de celles-ci. Nous invitons le lecteur à s'y référer.

Recommandation de la Commission de l'administration publique			
6 QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec accentue l'effet dissuasif de ses méthodes de contrôle telles que les pénalités, les sanctions et les mesures coercitives.			
Appliquée	En cours d'application		Non appliquée
	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants	
	√		

96 Lors de l'audition tenue en février 2016, la CAP a mentionné à la RAMQ que celle-ci devait augmenter l'effet dissuasif de ses méthodes de contrôle. Si cela devait passer par des modifications législatives, il a été mentionné que le gouvernement devait faire connaître ses intentions à ce sujet.

97 Les pouvoirs de la RAMQ ont été élargis afin de lui permettre d'accentuer l'effet dissuasif de ses mesures de contrôle. Il est cependant encore trop tôt pour apprécier l'impact réel de ces nouveaux pouvoirs.

98 La *Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à encadrer les pratiques commerciales en matière de médicaments ainsi qu'à protéger l'accès aux services d'interruption volontaire de grossesse* a octroyé à la RAMQ le pouvoir d'imposer des sanctions administratives pécuniaires. Les taux applicables sur les paiements réclamés ou obtenus sont :

- de 10 % en ce qui concerne les services fournis non conformément aux ententes ;
- de 15 % pour ce qui est des services non rendus, non fournis par le médecin lui-même, faussement décrits ou non assurés.

99 Les dispositions à cet effet sont entrées en vigueur le 7 mars 2017. Ainsi, aucune sanction administrative pécuniaire ne peut être imposée pour une contravention antérieure à cette date. Considérant les délais de réalisation d'une enquête ou d'une inspection, l'application de ce nouveau pouvoir de la RAMQ ne pouvait pas encore être démontrée lors de nos travaux.

100 Il est à noter que certains contrôles effectués par la RAMQ ont eu des répercussions allant aussi dans le sens de cette recommandation de la CAP, soit d'accroître l'effet dissuasif de ces méthodes de contrôle. Par exemple, les contrôles additionnels effectués sur les per diem ont donné lieu à des dénonciations de collègues et à des demandes de la part de certains médecins de modifier leur facturation pour annuler le paiement de per diem.

101 Des forums institués avec les fédérations médicales permettent également de s'assurer que les informations transitent vers les médecins, et ce, dans le but de modifier les comportements en matière de facturation. À titre d'exemple, des communications d'une fédération médicale auprès de médecins démontrent que les contrôles de la RAMQ peuvent avoir un effet dissuasif car, en plus d'informer des médecins à propos de contrôles en cours, la fédération a précisé aux membres «qu'elle ne pourra défendre l'indéfendable».

102 Bien que les progrès à l'égard de l'application de la recommandation 6 de la CAP soient considérés comme satisfaisants à ce jour, un élément devra être amélioré pour que notre appréciation demeure à un niveau satisfaisant lors du prochain suivi.

Élément limitant le degré d'application de la recommandation

- L'impact des nouvelles sanctions administratives pécuniaires pouvant être appliquées par la RAMQ ne peut être encore constaté et évalué en raison du court délai depuis l'entrée en vigueur de ce nouveau pouvoir.
-

Commentaires de l'entité

L'entité a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section.

Commentaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec

« À la suite du rapport du Vérificateur général du Québec (VGQ) sur l'administration et le contrôle de la rémunération des médecins déposé à l'Assemblée nationale à l'automne 2015, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a entrepris un chantier majeur dans ce secteur d'activité au sein de l'organisation. Le présent rapport de suivi du VGQ représente donc une opportunité permettant d'ajuster, à la lumière des recommandations formulées, le plan d'action mis en œuvre par la RAMQ.

« La rémunération médicale est composée de plusieurs modes de rémunération et comporte une multitude de particularités qui nécessitent des actions diversifiées en termes d'administration et de contrôle. Le rapport du VGQ permet de bien saisir l'ampleur des travaux qui ont été accomplis par la RAMQ et les résultats obtenus pour la majorité des recommandations, comme en font foi les évaluations et les différents commentaires positifs émis pour chacune d'entre elles. Il permet également de conforter la RAMQ dans les choix organisationnels qui ont été faits et qui amènent l'organisation à innover en matière de contrôle de la rémunération médicale.

« Rappelons que le cadre organisationnel intégré en gestion des risques ainsi que l'ensemble des politiques afférentes permettent maintenant à la RAMQ de mieux cerner ces risques et d'ainsi permettre la mise en place des actions les plus porteuses. À cela s'ajoute l'adoption d'un cadre sectoriel de gestion des risques et des contrôles de la rémunération médicale qui guide la Vice-présidence à la rémunération des professionnels dans la mise en place des contrôles spécifiques à la rémunération médicale. Précisons que la RAMQ a mis en place une toute nouvelle équipe au sein de cette vice-présidence, dédiée exclusivement à la bonification et à la coordination de l'ensemble des contrôles de la rémunération médicale, notamment par la production d'analyses actuarielles, ce qui est totalement nouveau. De plus, des progrès significatifs sont aussi notés dans l'ensemble des activités d'analyse de la facturation, notamment en révisant le rôle des médecins dans ce processus.

« À notre avis, ces actions permettent de s'assurer que les contrôles de la rémunération sont adéquats et que la structure mise en place permet d'estimer que le risque associé à la rémunération médicale est bien géré.

« Pour ce qui est de la recommandation 4, “Revoir la portée des contrôles a posteriori pour tous les modes de rémunération afin de s’assurer que la rémunération versée aux médecins est conforme aux ententes”, la RAMQ tient à souligner que l’évaluation faite dans le cadre du présent rapport doit être nuancée, notamment à l’égard de sa portée.

« L’évaluation présentée dans le rapport du VGQ met un accent plus spécifique sur les contrôles relatifs aux modes de rémunération autres que celui à l’acte. La RAMQ, quant à elle, considère que cette recommandation touche l’ensemble des modes de rémunération et que, par conséquent, la RAMQ a répondu de façon satisfaisante aux problématiques soulevées dans le rapport initial.

« En effet, comme en témoigne le cadre sectoriel de gestion des risques et des contrôles de la rémunération médicale dont s’est dotée la RAMQ, les risques identifiés étaient beaucoup plus élevés pour le mode de rémunération à l’acte, qui représente 70 % de la rémunération totale versée aux médecins. Pour ce qui est des autres modes de rémunération, qui représentent 30 % de la rémunération totale, la RAMQ a analysé plus de la moitié de la somme qu’ils représentent et effectué des suivis concrets dans plusieurs dossiers, dont celui de la rémunération mixte pour lequel certains résultats sont déjà perceptibles. Par ailleurs, le nombre de médecins visés par les contrôles a posteriori est passé de 2 % à 13 % et, si nous ajoutons les médecins visés par des vérifications de services rendus, plus de 80 % des médecins ont fait l’objet d’au moins un contrôle a posteriori.

« Il est également important de préciser qu’à la suite des transformations apportées dans la gouvernance du réseau de la santé, la RAMQ a été restreinte dans son temps d’action ainsi que par les limites de son rôle dans les interventions possibles dans le cadre du processus de signature des demandes de paiement par les gestionnaires responsables dans les établissements du réseau.

« Ainsi, à la lumière des travaux menés au cours des 36 derniers mois et des premiers résultats obtenus, la RAMQ est d’avis que les progrès sont notables et qu’ils permettent de bien gérer les risques associés à l’administration et au contrôle de la rémunération médicale, et que le plan d’action permettra de corriger les lacunes dans un délai raisonnable.

« En ce qui a trait à la recommandation 5, “Améliorer ses mesures d’évaluation de l’efficacité et de la performance et poursuivre sa démarche d’étalonnage avec des organisations similaires, notamment pour mieux englober le volet de sa mission portant sur la rémunération des médecins”, la RAMQ accueille les conclusions du VGQ. Elle poursuivra avec diligence les travaux déjà amorcés afin de répondre aux recommandations formulées dans les plus brefs délais. Par contre, elle tient à préciser qu’au cours de 2017-2018, elle a finalisé la démarche de consultation entreprise auprès de quatre provinces canadiennes pour la période de référence 2015-2016. Cette démarche avait pour objectifs de comprendre les écarts entre la RAMQ et ces provinces ainsi que de baliser les meilleures pratiques en matière d’opérations de contrôles relatifs aux programmes d’assurance maladie et d’assurance médicaments.

«D'ailleurs, à la lumière des résultats obtenus lors de cette démarche de consultation auprès des autres provinces, la RAMQ a procédé à un second exercice afin d'approfondir une pratique spécifique, soit l'emploi d'infirmières aux contrôles de la facturation des médecins en Alberta. Les constats découlant de cet exercice permettent d'appuyer nos travaux d'optimisation du rôle des médecins, afin de déterminer, dans le contexte québécois, les meilleures modalités d'intégration d'infirmières bachelières à la RAMQ. Dans un esprit d'amélioration continue, la RAMQ a également entrepris un nouvel exercice d'étalonnage afin d'obtenir plus d'informations sur les contrôles et les indicateurs relatifs à la rémunération des médecins des autres organismes canadiens responsables de l'administration des programmes d'assurance.

«Malgré ce qui précède et les nuances apportées, sachez que la RAMQ prend bonne note des éléments soulevés dans le rapport, poursuivra avec détermination ses travaux en lien avec le contrôle a posteriori de la rémunération, et ce, pour tous les modes de rémunération, s'assurera de garder le cap vers ses objectifs et pourra en démontrer l'efficacité lors d'un prochain exercice de vérification.»

Annexes et sigles

Annexe 1 Objectif et portée des travaux

Annexe 2 Description et évolution des modes de rémunération

Sigles

CAP	Commission de l'administration publique	SYRA	Système de rémunération à l'acte
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	VPRP	Vice-présidence à la rémunération des professionnels
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec	VSR	Vérification de services rendus
RFP	Règlement des factures des professionnels		

Annexe 1 Objectif et portée des travaux

Objectif des travaux

Le présent rapport fait partie du tome de novembre 2018 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2018-2019*.

Il s'agit d'un suivi dont l'objectif est d'évaluer le degré de mise en œuvre des recommandations adressées à la RAMQ lors de l'audit initial afin d'en informer les parlementaires.

Les critères d'évaluation utilisés sont les suivants :

- **Recommandation appliquée** : Les correctifs apportés s'appliquent à tous les aspects de la recommandation et à tous les secteurs pertinents de l'organisation. Les lacunes sont corrigées adéquatement.
- **Recommandation non appliquée** : Les correctifs apportés ne portent que sur quelques aspects de la recommandation ou sur un nombre restreint de secteurs de l'organisation, ou encore il y a des correctifs qui ne sont pas prévus. En fait, certaines lacunes ont été corrigées et d'autres demeurent.
- **Progrès satisfaisants** : L'entité prévoit réaliser des actions au cours des prochains mois. La mise en œuvre du plan d'action devrait permettre de corriger les lacunes dans un délai raisonnable ou bien des correctifs ont été apportés, mais il est trop tôt pour voir les résultats attendus.
- **Progrès insatisfaisants** : L'entité prévoit réaliser des actions au cours des prochains mois. Toutefois, il y a un risque que la mise en œuvre du plan d'action ne permette pas de corriger les lacunes dans un délai raisonnable.

Portée des travaux

Le présent suivi a été achevé le 14 novembre 2018.

Pour mener à bien nos travaux, nous avons réalisé des entrevues auprès de gestionnaires et de professionnels de l'entité. De plus, nous avons analysé divers documents ainsi que des données provenant de différents systèmes d'information de l'entité. Nos travaux se sont déroulés principalement de mai à octobre 2018.

Annexe 2 Description et évolution des modes de rémunération

Type	Définition	Dépenses (M\$)				
		2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Rémunération à l'acte (y compris certaines mesures incitatives)	De façon générale, la rémunération à l'acte s'applique en médecine, en chirurgie et en médecine de laboratoire, à moins qu'il en soit convenu autrement dans les ententes. Un tarif est ainsi associé à chaque acte médical. Dans certaines situations précisées dans les ententes, le tarif de base de l'acte associé au service médical peut être majoré pour prendre en considération des facteurs particuliers.	3 857	3 995	4 460	4 960	5 424
Rémunération mixte	La rémunération mixte relative aux médecins spécialistes comprend le tarif pour la demi-journée ou la rémunération journalière ainsi que les suppléments d'honoraires. Cette rémunération touche les médecins qui exercent leur profession dans un département clinique, un service clinique ou un secteur d'activité d'un établissement. Pour leur part, les médecins omnipraticiens qui travaillent notamment au service des urgences d'un hôpital ou qui rendent des services en vertu d'ententes particulières reçoivent des honoraires forfaitaires auxquels s'ajoute un pourcentage du tarif de l'acte.	1 431	1 498	1 562	1 484	1 269
Honoraires forfaitaires	Ces honoraires comprennent le tarif horaire, celui pour la demi-journée et la rémunération journalière. Le tarif pour la demi-journée concerne les médecins spécialistes, tandis que la rémunération à la vacation, basée sur une période de travail de trois heures, est réservée aux médecins omnipraticiens.	397	390	405	365	369
Rémunération à forfait et à primes (mesures incitatives)	La rémunération à forfait est basée sur une somme donnée qui est versée périodiquement ou annuellement aux médecins de famille (omnipraticiens) pour la prise en charge et le suivi médical d'un patient, vulnérable ou non. Elle varie selon l'âge de celui-ci, son état de santé et son lieu de suivi. Les primes font majorer le tarif horaire ou les honoraires fixes. Parmi celles-ci, on trouve les primes de responsabilité, celles liées à la santé au travail et celles relatives à l'horaire de soutien aux services de première ligne.	269	266	282	301	331

Type	Définition	Dépenses (M\$)				
		2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Salaire et honoraires fixes	Dans les ententes, le terme « salaire » est réservé aux médecins spécialistes et le terme « honoraires fixes », aux médecins omnipraticiens. Ces deux modes de rémunération sont basés sur une semaine de travail pendant laquelle le nombre d'heures peut varier. Des avantages sociaux sont rattachés à ces modes de rémunération. Ils s'appliquent, entre autres, aux médecins qui travaillent dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou une direction de la santé publique.	84	74	70	66	55
Mesures particulières (mesures incitatives)	Certaines mesures visent à encourager les médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus et à y rester. Elles comprennent, entre autres, les primes d'éloignement, de ressourcement et de rétention ainsi que le programme de formation continue. Elles incluent également les allocations ou les indemnités versées aux médecins dans des situations particulières. Les congés de maternité ainsi que les programmes d'allocation de fin de carrière, de départ assisté ou de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle sont des exemples de mesures particulières.	75	108	110	119	104
Autres programmes et avantages prévus	Cette catégorie comprend la rémunération des médecins travaillant à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. Est également incluse la part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle des médecins payée par le gouvernement.	168	164	172	171	186
Total		6 281	6 495	7 061	7 466	7 738

Source : RAMQ.