

Frais facturés en clinique pour les services médicaux

3

Entité vérifiée :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Notre vérification

Nos objectifs

- Est-ce que le MSSS encadre la facturation de frais en clinique en émettant des directives à cet égard?
- Est-ce que la RAMQ s'assure du respect des dispositions légales et réglementaires?

Principaux éléments couverts

- État de la situation
- Encadrement du ministère
- Surveillance et contrôle de la Régie

Facturation permise ou non (concepts clés)

Exemples :

En clinique, pour les services assurés, **on ne peut facturer pour l'acte**, mais on peut le faire pour certains frais prévus aux ententes (les médicaments, les substances anesthésiques, etc.).

	Facturation aux patients permise en clinique	Facturation aux patients non permise en clinique
Nature du service	Services non assurés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie esthétique ▪ Acupuncture ▪ Psychanalyse Services désassurés en clinique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Échographie ▪ Tomodensitométrie (TDM) ▪ IRM 	Services assurés (acte médicalement requis) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloscopie ▪ Vasectomie ▪ Injection intravitréenne dans le cadre de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ▪ Mammographie dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein
Frais	Frais accessoires prévus aux ententes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments ▪ Substances anesthésiques ▪ Stérilet ▪ Matériel pour plâtre, attelle ou <i>taping</i> 	Autres frais non prévus aux ententes ¹ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfaits annuels donnant accès à un service assuré ▪ Frais d'ouverture d'un dossier ▪ Frais de fonctionnement (salaire des membres du personnel de la clinique, équipement, matériel pour rendre le service, etc.)

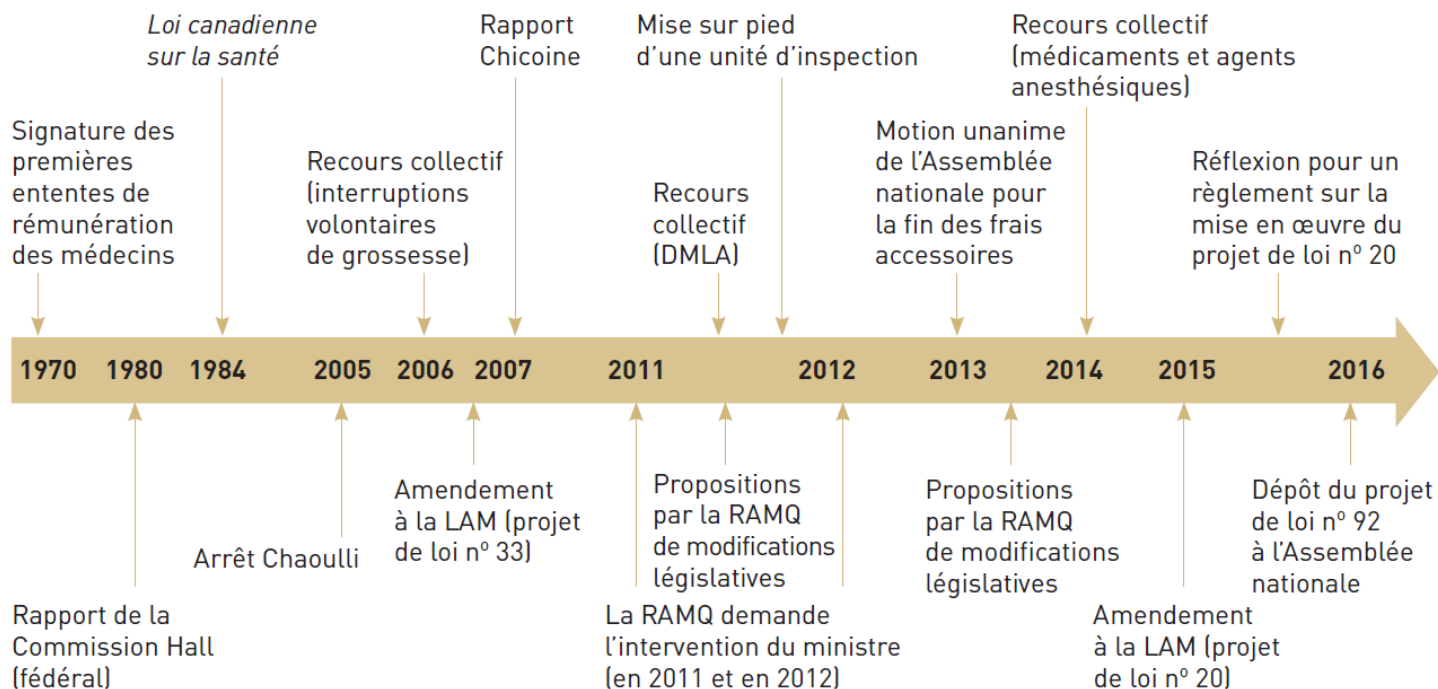
1. Les fédérations ne partagent pas toujours cette interprétation.

Sources : LAM ; Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie* (RALAM) ; ententes de rémunération.

Situation ambiguë, confuse et incomprise

Plusieurs interventions de différents acteurs

Figure 1 Événements de 1970 à 2016



Vue d'ensemble de la problématique

1. On ne connaît pas les frais facturés aux patients en clinique.
2. On ne connaît pas les coûts de fonctionnement en clinique bien qu'ils soient financés, en tout ou en partie, par les patients ou par l'État.
3. Le MSSS ne connaît pas l'ensemble du financement versé pour les coûts de fonctionnement.
 - a) Financement aux cliniques par le MSSS – 108 M\$
 - b) Financement versé à même la rémunération des médecins
 - c) Financement par les patients

Absence de portrait d'ensemble de la facturation de frais en clinique

Ni le MSSS ni la Régie ne disposent d'un portrait d'ensemble des frais facturés en clinique.

- Un montant estimé à 50 M\$ par le gouvernement, mais non appuyé par une analyse

On ne connaît pas les coûts de fonctionnement des cliniques

Aucun portrait des coûts de fonctionnement des cliniques n'a été dressé par le MSSS.

Le MSSS a besoin de cette information pour appuyer les besoins de financement en clinique.

- Une tentative en 2010 a été réalisée avec la FMOQ pour essayer d'établir ces coûts de fonctionnement par l'entremise d'une firme externe : échec, car un nombre insuffisant de médecins a participé à l'étude.

Aucune obligation n'existe pour obtenir cette information des médecins et des cliniques.

Financement accordé aux cliniques et aux médecins : le MSSS ne le connaît pas

Trois façons de financer les coûts de fonctionnement

Par exemple, un omnipraticien réalise une vasectomie en GMF

1. Le MSSS verse une subvention pour couvrir les coûts de fonctionnement du GMF.
2. La Régie paie des honoraires à l'omnipraticien en clinique de 92,85 \$ par rapport à 70,25 \$ en établissement (différence de 22,60 \$ pour les coûts de fonctionnement).
3. Le médecin ou le GMF facture parfois au patient un montant variant de 125 \$ à 225 \$.

Financement accordé aux cliniques et aux médecins : le MSSS ne le connaît pas (suite)

1. Financement des cliniques

- Divers modèles d'organisation ou d'affaires en clinique : GMF, clinique-réseau, centre médical spécialisé, laboratoire d'imagerie médicale, coopérative de santé, autres cliniques
- Environ 108 M\$ versés en 2014-2015
- Le modèle GMF a reçu l'essentiel des subventions.

Financement accordé aux cliniques et aux médecins : le MSSS ne le connaît pas (suite)

2. Financement des médecins

- Bonification de la rémunération des actes effectués hors établissement : 35 % (selon la Régie)
- Notre analyse : à partir des actes identifiés par les fédérations médicales pouvant faire l'objet d'une facturation de frais en clinique

	Médecins	
	Omnipraticiens	Spécialistes
Actes ciblés analysés	149	239
Actes mieux rémunérés en clinique	109	47
Majoration des actes	de 8 % à 303 % ¹	de 3 % à 289 %
Actes rémunérés au même montant en clinique et en établissement	40	149
Actes moins rémunérés en clinique qu'en établissement	-	43 de - 4 % à - 74 %

1. Nous avons exclu une donnée, considérant qu'elle s'éloignait significativement des autres actes (majoration calculée de 483%).

Financement accordé aux cliniques et aux médecins : le MSSS ne le connaît pas (suite)

3. Facturation aux patients

- Le MSSS n'a pu nous fournir l'information. Nous avons donc fait une estimation pour certains actes à partir de la tarification observée en clinique (toujours en fonction des actes soumis par les fédérations).
- Pour les omnipraticiens
 - Pour 5 actes analysés, les frais pouvant être facturés varient de 1,1 M\$ à 1,9 M\$.
- Pour les spécialistes
 - Pour 9 actes analysés, les frais pouvant être facturés varient de 8,8 M\$ à 16,1 M\$.

Portrait des demandes de remboursement reçues par la Régie

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Total des demandes reçues				
Nombre	2 496	1 560	1 181	5 237
\$	954 146	561 907	263 062	1 779 115
Total des demandes donnant droit à un remboursement				
Nombre	203	200	74	477
%	8,1	12,8	6,3	9,1
Total des remboursements				
\$	351 160	209 271	50 362	610 793
%	36,8	37,2	19,1	34,3
Total des sommes récupérées				
\$	95 484	37 903	16 451	149 838
%				24,6
Total des sommes non encore récupérées				
\$	246 897	167 416	33 749	448 062
%				73,6
Total des sommes irrécupérables				
\$	7 932	2 700	162	10 794
%				1,8

Les écarts de calcul sont exprimés au tableau 7 du rapport.

Plusieurs limites pour le remboursement des patients indûment facturés

Barrières identifiées

1. Délai limité pour faire la réclamation
2. Pièces justificatives parfois inexistantes
3. Absence de balises sur la facturation abusive
4. Identité divulguée du patient auprès de son médecin
5. Absence de mécanismes formels de dénonciation
6. Confusion liée à l'affichage dans les cliniques

Si médecin : compensation par la Régie à même la rémunération

Si clinique (qui ne facture pas d'honoraires) : demande de la Régie, mais sans le pouvoir de l'imposer à moins de recours judiciaires

Peu de mesures dissuasives et coercitives

Peu d'enquêtes réalisées depuis 5 ans sur la facturation de frais

- La majorité découle de la médiatisation.
- Le tiers se termine par de l'information et de la sensibilisation, sans volet punitif.

Barrières identifiées

1. Délai limité de recours
2. Absence d'imposition de frais administratifs
3. Amendes non dissuasives pour le non-respect de la réglementation
4. Absence d'échanges d'information avec le Collège des médecins
5. Injonction non prévue pour faire arrêter une pratique
6. Condamnation nécessaire pour suspendre, révoquer ou refuser de renouveler un permis de centre médical spécialisé
7. Aucune exigence quant au respect de la réglementation pour obtenir le financement des cliniques

Autres volets couverts

Visites préventives de la Régie dans les cliniques

- Bonne pratique : travaux de prévention relativement à la facturation de frais
- En date de février 2016, les visites ont permis de rejoindre environ 6 000 professionnels de la santé dans 1 154 cliniques.

Information à la population par la Régie

- Peu d'efforts sont réalisés par la Régie pour informer la population sur la réglementation applicable quant à la facturation de frais en clinique.

Composition du conseil d'administration de la Régie

- Renforcement nécessaire des mécanismes de déclaration du statut d'indépendance des administrateurs

Commentaires des entités vérifiées

Les entités vérifiées ont adhéré à toutes nos recommandations.