



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2016-2017

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2016

Frais facturés en clinique pour les services médicaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Régie de l'assurance maladie du Québec

CHAPITRE

3

Faits saillants

Objectifs des travaux

La facturation de frais aux patients pour les services médicaux est un enjeu de financement des coûts de fonctionnement des cliniques. Nous avons axé nos travaux sur l'état de la situation et les actions des entités vérifiées.

Notre vérification avait les objectifs suivants :

- S'assurer que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) encadre la facturation de frais aux personnes assurées dans le respect des normes d'accessibilité, d'équité et d'efficacité liées aux services offerts.
- Évaluer dans quelle mesure la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), en tant qu'administratrice du régime public d'assurance maladie, s'assure de façon efficace, efficiente et transparente du respect des dispositions légales et réglementaires à l'égard de la facturation de frais aux personnes assurées.

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

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats faits lors de la vérification relative aux frais facturés en clinique pour les services médicaux.

La facturation de frais en clinique : une situation ambiguë, confuse et incomprise qui existe depuis de nombreuses années. Bien qu'il y ait eu des interventions de différents acteurs, le cadre juridique ne permet pas de contrôler cette facturation adéquatement. L'amendement à la LAM (projet de loi n° 20) et le projet de loi n° 92 visent à améliorer la situation.

Ni le MSSS ni la RAMQ ne disposent d'un portrait d'ensemble des frais facturés en clinique aux patients. Le gouvernement a récemment estimé ceux-ci à 50 millions de dollars, mais cette évaluation ne s'appuie sur aucune analyse.

Le MSSS ne s'acquitte pas bien de l'encadrement de la facturation des frais en clinique pour les services médicaux : absence d'outils d'évaluation des coûts de fonctionnement des cliniques afin d'appuyer les besoins de financement ; peu de connaissance au sujet du financement que les cliniques et les médecins reçoivent du gouvernement pour payer les coûts de fonctionnement.

Les mesures de la Régie pour contrôler la facturation des frais en clinique sont limitées par le cadre législatif et réglementaire actuel : plusieurs éléments restreignant les recours des patients ; des exigences réduisant les possibilités de remboursement aux patients ; un recouvrement complexe des sommes dues auprès des cliniques ; des enquêtes se terminant par de l'information transmise aux médecins et aux cliniques, sans qu'il y ait de sanctions à leur égard.

Une bonne pratique existe à la RAMQ. Dans le cadre de visites en clinique, elle effectue des travaux de prévention auprès des médecins quant à la facturation de frais en clinique pour les services médicaux. Toutefois, peu d'efforts sont réalisés pour informer la population quant à la réglementation applicable.

Recommandations

Le Vérificateur général du Québec a formulé des recommandations à l'intention du MSSS et de la RAMQ. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, reproduits dans la section Commentaires des entités vérifiées.

Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère

- 1 Baliser les frais pouvant être facturés aux patients en clinique pour les services médicaux.**
- 2 Apprécier les coûts de fonctionnement des cliniques, déterminer le financement à accorder et considérer celui déjà versé.**

Recommandations à la Régie

- 3 Poursuivre ses démarches de propositions de modifications législatives à la LAM afin qu'elle soit en mesure de bien exercer son rôle d'administratrice.**
 - 4 Informer la population sur la réglementation applicable quant à la facturation de frais en clinique pour les services médicaux.**
 - 5 Intégrer à son processus de gestion de la déclaration des membres du conseil d'administration la prise en compte de tout élément pouvant affecter le statut d'un membre indépendant, conformément aux dispositions de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*.**
-

Table des matières

1	Mise en contexte	6
2	Résultats de la vérification	11
2.1	État de la situation	11
	Évolution de la situation	
	Estimation des frais facturés en clinique	
2.2	Encadrement du ministère	14
	Évaluation des coûts de fonctionnement des cliniques	
	Financement des coûts de fonctionnement des cliniques	
	Évaluation de l'accès aux services en établissement	
	Recommandations	
2.3	Surveillance et contrôle par la Régie	24
	Remboursement de frais facturés en clinique	
	Récupération des sommes remboursées aux patients	
	Enquêtes et pénalités	
	Visites préventives dans les cliniques	
	Information à la population	
	Recommandations	
2.4	Composition du conseil d'administration de la Régie	32
	Recommandation	
	Commentaires des entités vérifiées	34
	Annexes et sigles	35

Équipe

Marcel Couture
Vérificateur général adjoint
Alain Fortin
Directeur principal
Carole Bédard
Directrice de vérification
Jean-François Bélanger
France Bêty
Olivier-Aimé Étienne
Marie-Pier Germain
Laurence Harvey

Un médecin qui exerce dans le cadre du régime institué par la LAM est rémunéré suivant les tarifs prévus à l'entente de rémunération intervenue entre sa fédération et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Étant donné la possibilité pour les médecins de s'incorporer ou de se regrouper, la notion de « tiers » est utilisée pour référer aux groupes ainsi formés.

Les personnes assurées sont celles couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec pour les services nécessaires sur le plan médical. Dans ce rapport, nous employons aussi le terme « patient » pour désigner une personne assurée.

1 Mise en contexte

1 Les médecins du Québec disposent du choix de participer ou non au régime public d'assurance maladie. S'ils font ce choix, ils sont soumis à certaines règles. Le régime d'assurance maladie du Québec repose sur le principe que la rémunération du médecin participant est prévue par le biais des ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales reconnues. Bref, en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM)¹, un médecin soumis à l'application d'une **entente** ne peut exiger ou recevoir, pour un service assuré, aucune autre rémunération que celle qui y est prévue. Il ne peut réclamer, tout comme un **tiers**, de paiement pour le service rendu, ni pour des services ou des fournitures accessoires à ce service assuré, à moins que cela ne soit prévu à l'entente de rémunération.

2 Le terme « frais accessoires » est couramment utilisé pour l'ensemble des situations de facturation de frais à des **personnes assurées**. Il n'existe aucune définition de cette expression dans la réglementation québécoise. Par contre, dans les ententes, les frais accessoires prévus portent sur les médicaments et les substances anesthésiques, les stérilets et le matériel pour un plâtre ou une attelle.

3 Afin de mieux protéger le public, le Collège des médecins du Québec a révisé son code de déontologie. Parmi les modifications entrées en vigueur en janvier 2015, le Code de déontologie des médecins prévoit que le médecin ne peut réclamer des montants disproportionnés en paiement de fournitures médicales nécessaires aux traitements qu'il administre.

4 L'amendement à l'article 22 de la LAM adopté en novembre 2015 (dans le contexte du projet de loi n° 20) autorise désormais le gouvernement à encadrer par règlement la facturation de frais aux personnes assurées. Le gouvernement n'a pas encore exercé ce pouvoir. Des travaux sont en cours sur le règlement pour prescrire les conditions et les cas pour lesquels un paiement sera autorisé. De plus, un nouveau projet de loi (n° 92) visant à accorder des pouvoirs accrues à la RAMQ a été déposé en avril 2016.

Cadre légal

5 Le 1^{er} juillet 1968, la *Loi sur les soins médicaux* du Canada entre en vigueur et établit un programme de partage des coûts entre les deux paliers de gouvernement : le fédéral s'engageait alors à assumer la moitié des coûts des régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux. Des dispositions exigent en contrepartie de ces paiements de transfert un accès raisonnable aux soins pour les personnes assurées. La gestion et la prestation des services de soins de santé relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux.

1. Telle qu'elle se lisait avant l'amendement à la LAM (par l'intermédiaire du projet de loi n° 20), le 10 novembre 2015.

6 Afin de concrétiser ses propres orientations en matière de santé et de bien-être social tout en s'inscrivant dans l'esprit des politiques canadiennes, la Régie a été instituée en 1969 pour mettre en place un régime public d'assurance maladie. À la base de la création de ce régime instauré en 1970, les grands principes que sont l'universalité et la gratuité pour l'ensemble des personnes assurées ont guidé l'évolution de la couverture des soins et des services de santé au fil des décennies.

7 La *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée en 1984. Elle combine et actualise deux lois fédérales, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux*. Cette nouvelle loi précise le critère de l'accessibilité en prohibant de façon explicite la facturation aux patients pour les services assurés sous forme de **surfacturation** et de frais modérateurs. L'objectif est d'assurer à tous les résidents admissibles des provinces et des territoires du Canada un accès satisfaisant aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires, sans égard à leur capacité de payer. La *Loi canadienne sur la santé* détermine les critères et les conditions que les provinces et les territoires doivent inscrire et respecter pour leurs régimes respectifs afin d'avoir droit à la pleine contribution pécuniaire prévue par le Transfert canadien en matière de santé.

Selon la *Loi canadienne sur la santé*, la surfacturation est la facturation d'un service de santé assuré fourni à une personne assurée par un médecin, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour ce service.

8 Au Québec, la LAM et son règlement d'application prévoient les critères selon lesquels la facturation de frais aux patients est interdite ou autorisée. Il s'agit du statut du médecin, du lieu de prestation du service et de la nature du service rendu. Un médecin (omnipraticien ou spécialiste) peut opter pour un des trois statuts suivants (tableau 1) :

- Participant
 - Le médecin soumis à l'application d'une entente exerce dans le cadre du régime et est rémunéré par la Régie aux tarifs fixés par les ententes.
- Désengagé
 - Le médecin exerce en dehors du régime, mais accepte d'être rémunéré aux tarifs fixés par les ententes. Les patients doivent obtenir eux-mêmes de la Régie le montant des honoraires et le verser ensuite.
- Non participant
 - Le médecin exerce en dehors des cadres du régime. Il fixe donc lui-même ses honoraires, que le client prend entièrement à sa charge, sauf dans les cas de services rendus en situation d'urgence pour lesquels le médecin peut recevoir un paiement de la Régie. Aucun remboursement de la Régie n'est possible pour la personne assurée.

Tableau 1 Médecins selon leur statut au 31 mars 2015

	Participants	Désengagés	Non participants	Total
Omnipraticiens	9 312	5	241	9 558
Spécialistes	10 465	6	87	10 558
N^{bre}	19 777	11	328	20 116
%	98,3	0,1	1,6	100

Source : RAMQ.

Les services non assurés ou non considérés comme assurés sont notamment les soins esthétiques, les renouvellements d'ordonnances ou certains services rendus en dehors d'un centre hospitalier, tels que l'IRM ou la tomodensitométrie.

9 Ainsi, les services offerts par un médecin participant ou désengagé sont assurés, sauf les services spécifiquement identifiés dans la réglementation comme **non assurés**. De plus, certains tests diagnostics sont des services assurés lorsqu'ils sont rendus en établissement de santé, mais ne le sont pas lorsqu'ils sont rendus en laboratoire d'imagerie médicale, comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

10 L'annexe 2 présente une vue d'ensemble du processus d'analyse permettant de valider si les médecins peuvent facturer des frais aux patients. En résumé, des frais peuvent être exigés dans certaines circonstances selon le statut du médecin ou du patient (patient qui ne dispose pas d'une carte d'assurance maladie), le lieu d'exercice et la nature du service (services non assurés). La difficulté consiste à distinguer le service assuré et ce qu'il inclut du service non assuré. Voici des exemples :

	Facturation aux patients permise en clinique	Facturation aux patients non permise en clinique
Nature du service	<p>Services non assurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Chirurgie esthétique ■ Acupuncture ■ Psychanalyse <p>Services désassurés en clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Échographie ■ Tomodensitométrie (TDM) ■ IRM 	<p>Services assurés (acte médicalement requis) :</p> <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	<p>Frais accessoires prévus aux ententes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments ■ Substances anesthésiques ■ Stérilet ■ Matériel pour plâtre, attelle ou <i>taping</i> 	<p>Autres frais non prévus aux ententes¹ :</p> <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.

11 Afin d'éviter la confusion qu'entraîne l'emploi de l'expression « **clinique** privée », nous la réservons à un endroit où exerce un médecin non participant, donc non rémunéré par des fonds publics, ce qui représente 1,6 % des médecins au 31 mars 2015. Ces cliniques ne peuvent en conséquence demander au patient la présentation de sa carte d'assurance maladie.

Nous définissons une clinique médicale exploitée par un médecin rémunéré par l'État comme étant une clinique. Le patient qui consulte avec sa carte d'assurance maladie s'attend à recevoir des soins de qualité sans frais supplémentaires, sans égard à sa capacité de payer.

Rôles et responsabilités

12 Voici les rôles et les responsabilités du MSSS et de la RAMQ relativement aux frais facturés par les médecins en clinique.

Ministre et ministère	<ul style="list-style-type: none">■ Déterminer les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veiller à leur mise en œuvre■ Définir les normes relatives à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à l'efficacité des services offerts à la population■ Faire part aux établissements des orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience■ Assurer l'organisation et le maintien des établissements dans le domaine de la santé et des services sociaux■ Promouvoir la participation des individus et des groupes à la détermination des moyens de satisfaire leurs besoins dans le domaine de la santé et des services sociaux■ Consulter les individus et les groupes sur l'instauration des politiques du MSSS■ Obtenir des ministères et de tout organisme public ou privé les renseignements disponibles aux fins de la mise en œuvre de la politique du ministère■ Assurer une reddition de comptes de la gestion du réseau en fonction des orientations■ Apprécier et évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux
RAMQ	<ul style="list-style-type: none">■ Contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes de même que la rémunération versée aux professionnels de la santé et les paiements ou remboursements faits■ Fournir au ministre de la Santé et des Services sociaux les renseignements nécessaires à des fins d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux, de négociation et d'application des ententes de rémunération■ Conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur toute question que celui-ci lui soumet et le saisir de tout problème ou de toute question qu'elle juge de nature à nécessiter une étude ou une action de la part de celui-ci■ S'assurer que les dispositions légales et réglementaires concernant la facturation aux personnes assurées sont respectées par les professionnels■ Informer les personnes assurées et les professionnels de la santé de la législation

Un professionnel de la santé est tout médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien légalement autorisé à fournir des services assurés.

13 D'autres parties prenantes ont aussi un rôle à jouer au regard de ces éléments. Par exemple, le Collège des médecins, dont la mission première est la protection du public,

- évalue et contrôle l'exercice professionnel des médecins ;
- élabore et adopte le Code de déontologie et en assure le respect ;
- reçoit des plaintes du public et les traite ;
- enquête sur les éventuels manquements au code et, s'il y a lieu, les soumet au Conseil de discipline, qui peut imposer des sanctions.

14 De plus, en vertu du *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes de médecins*, c'est le syndic du Collège des médecins qui traite les demandes de patients qui contestent la raisonnable des honoraires professionnels et des frais facturés. Dans l'éventualité d'un litige, il tente de trouver un terrain d'entente acceptable pour les deux parties, donc un remboursement partiel ou total par le médecin.

15 Enfin, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ont pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts de leurs membres. Elles négocient avec les instances gouvernementales les conditions d'exercice des médecins qui participent au régime public. Elles ont aussi pour rôle d'informer leurs membres et de les conseiller, notamment quant à la facturation de frais aux patients.

16 Les objectifs de vérification, les critères d'évaluation et la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1. Une étude d'étalonnage (*benchmarking*) auprès des administrations publiques d'autres provinces a également été effectuée par un membre de notre comité consultatif.

2 Résultats de la vérification

17 D'entrée de jeu, il faut bien comprendre que la facturation de frais aux patients est un enjeu de financement des coûts de **fonctionnement** en clinique. Ces derniers comprennent notamment le loyer, le personnel, les médicaments, l'équipement, les fournitures, coûts que les médecins n'ont pas à assumer lorsqu'ils exercent en établissement.

18 Les travaux se sont articulés autour de quatre axes : l'état de la situation, l'encadrement du ministère, la surveillance et le contrôle par la Régie, la composition du conseil d'administration de celle-ci.

2.1 État de la situation

Évolution de la situation

19 Bien qu'il y ait eu des interventions de différents acteurs, la situation à l'égard de la facturation de frais en clinique est toujours ambiguë, confuse et incomprise. Le cadre juridique ne permet pas de la contrôler adéquatement.

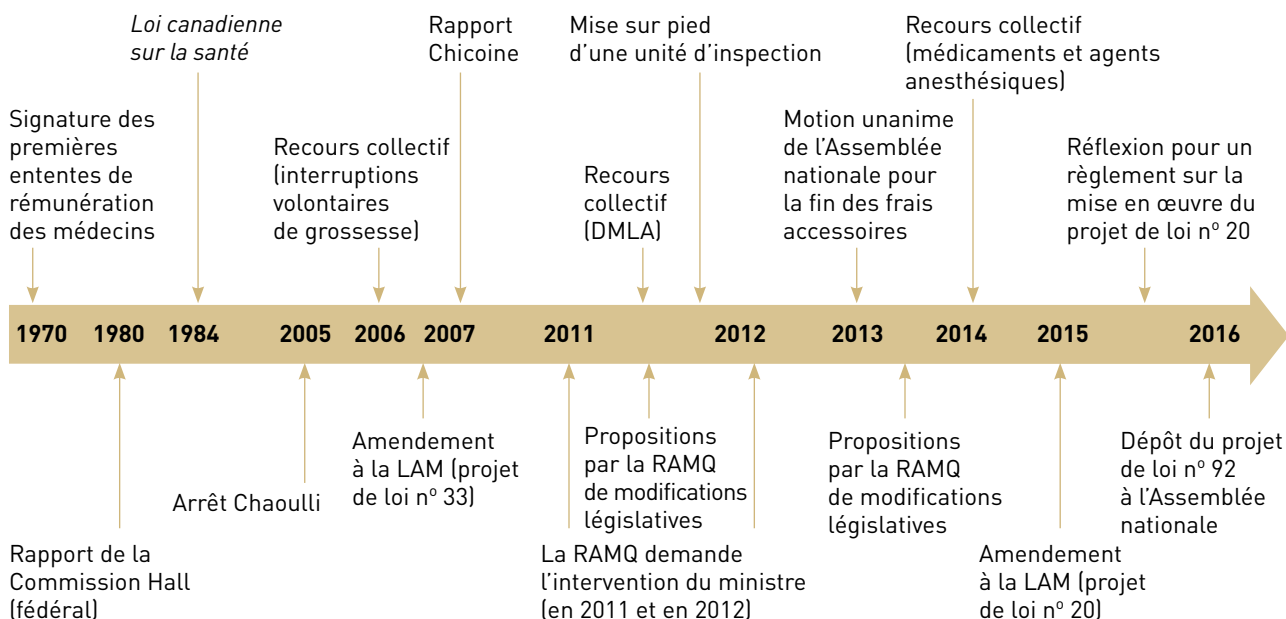
20 Le récent amendement à la LAM, par le biais du projet de loi n° 20, vise à baliser les frais pouvant être facturés. Le projet de loi n° 92 devrait augmenter les pouvoirs de la Régie pour faire respecter la réglementation relative à cette facturation. Des actions additionnelles sont nécessaires, notamment : baliser les frais pouvant être facturés en clinique, apprécier les coûts de fonctionnement des cliniques, connaître le financement que celles-ci et les médecins reçoivent pour payer les coûts de fonctionnement et informer la population.

Les frais de cabinet et de fonctionnement ainsi que la composante technique (exemples : fournitures médicales, équipement) sont des termes employés pour désigner des montants versés au médecin, en sus de sa rémunération, pour couvrir les différentes catégories de dépenses que doivent généralement assumer les cliniques, dépenses défrayées par les établissements lorsque le service y est rendu. Dans notre rapport, nous utilisons indistinctement le terme « coût de fonctionnement » pour identifier l'ensemble de ces dépenses en clinique.

Principaux événements

21 Plusieurs événements se sont produits depuis 1970 (figure 1), mais ils ont entraîné de rares retombées tangibles quant à la facturation en clinique. Voici les principaux :

Figure 1 Événements de 1970 à 2016



L'annexe 3 présente une chronologie plus détaillée des événements, des lois et des règlements pertinents.

22 En 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux mandate un comité de travail, présidé par Jean-Pierre Chicoine, « pour analyser et documenter la problématique entourant la facturation pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré selon des modalités non prévues par la *Loi sur l'assurance maladie* du Québec (et ses règlements) ». Le rapport déposé contient entre autres les recommandations suivantes :

- Mettre à jour les frais facturables aux patients (annexe 4);
- Revoir les compensations prévues aux ententes pour la composante technique;
- Convenir de règles minimales pour la facturation (transparence, déontologie, etc.);
- Revoir s'il est possible d'élargir la liste de frais facturables aux patients dans le contexte d'une loi canadienne assouplie.

23 La RAMQ est intervenue à plusieurs reprises auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet des frais facturés aux patients.

- En **2011**, elle mentionne que l'encadrement actuel de ces frais aurait intérêt à être éclairci afin de préserver l'accessibilité équitable aux services. Elle propose un projet de règlement en ce sens, mais il n'a pas été adopté.
- En 2012, elle indique que les mesures qu'elle a mises en place sont «limitées dans le cadre législatif et réglementaire actuel, qui, selon eux [les membres du conseil d'administration], devrait être rafraîchi et précisé».
- En 2013, elle soumet au ministre une nouvelle proposition de modifications législatives. Il y a eu une présentation au Conseil des ministres d'un premier projet de loi augmentant les pouvoirs de la Régie aux fins d'assurer le respect de la LAM. Ce projet était inscrit à l'agenda de l'Assemblée nationale du 20 février 2014, mais il n'a pas été présenté en raison du déclenchement des élections.

En 2011, le Collège des médecins publie un document de travail sur la facturation de frais aux personnes assurées et estime ne plus pouvoir contrôler une situation de plus en plus répandue.

24 Des modifications sont proposées à la LAM par l'entremise du projet de loi n° 20 et l'amendement sur les frais facturés aux patients est adopté en novembre 2015. Cet amendement prévoit

- qu'aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés en lien avec les services assurés par un médecin soumis à l'application d'une entente ou par un médecin désengagé ;
 - Constituent de tels frais ceux liés
 - au fonctionnement d'un cabinet ou d'un centre médical spécialisé (CMS) au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) ;
 - aux services, aux fournitures, aux médicaments et à l'équipement requis pour un service assuré ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service ;
 - Ne constituent pas de tels frais ceux liés
 - à des services non considérés comme assurés requis avant, pendant ou après le service assuré ;
- qu'il est de plus interdit de rendre, directement ou indirectement, l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une personne assurée ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à un tel service moyennant paiement.

La LAM stipule que le gouvernement a l'obligation de consulter l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) avant d'adopter un règlement qui rend l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une personne assurée. Au moment d'adopter le règlement, le ministre doit également rendre publiques les évaluations ayant servi à l'établissement d'un tarif qui y est prévu.

25 En ce qui a trait à cet amendement, des travaux sont en cours pour prescrire dans un règlement les conditions et les cas pour lesquels un paiement est autorisé. Dans le cadre de ces travaux, le ministre a amorcé ses consultations auprès de la FMOQ et de la FMSQ afin de connaître la tarification actuelle des services offerts dans les cliniques et les frais facturés aux personnes assurées. Le MSSS nous a mentionné ne pas avoir consulté l'**INESSS** pour l'instant.

26 Selon le MSSS, l'objectif est d'établir l'état de la situation en prémisses à la mise en place d'un comité tripartite composé de représentants du ministère, des deux fédérations et d'une tierce partie à déterminer. En réponse, les deux fédérations ont alors chacune communiqué au ministre les actes qui, selon elles, pourraient faire l'objet d'une facturation auprès des patients. Nos travaux ont porté sur ces actes.

27 Enfin, le projet de loi n° 92 déposé en avril 2016 à l'Assemblée nationale prévoit des modifications à la LAM pour accroître les pouvoirs de la Régie. Nous l'abordons davantage plus loin dans ce rapport.

Estimation des frais facturés en clinique

28 Ni le MSSS ni la RAMQ ne disposent d'un portrait d'ensemble des frais facturés en clinique aux patients. Le gouvernement a récemment estimé ceux-ci à 50 millions de dollars, mais cette évaluation ne s'appuie sur aucune analyse.

29 La facturation de frais aux patients en clinique existe. D'ailleurs, au cours des dernières années, des demandes de recours collectifs visant spécifiquement la facturation de frais aux personnes assurées ont été déposées en Cour supérieure contre le gouvernement. Les plaignants reprochent au MSSS et à la RAMQ d'avoir toléré des pratiques illégales de surfacturation alors que ces organismes sont au fait du problème depuis plusieurs années, créant ainsi une situation d'impunité.

30 Actuellement, deux facteurs limitent l'identification de la nature des montants facturés aux patients et leur quantification :

- il n'y a pas d'outils en place pour les identifier et aucune obligation dans la réglementation et dans les ententes avec les médecins afin qu'elles soient divulguées au MSSS ou à la RAMQ ;
- les patients ne réclament pas toujours de remboursement auprès de la RAMQ.

2.2 Encadrement du ministère

31 Dans le cadre de ses responsabilités, le MSSS devrait baliser la facturation des frais aux personnes assurées, dans le respect des normes d'accessibilité, d'équité et d'efficience. Pour cela, nous nous serions attendus à ce que le ministère

- évalue les coûts de fonctionnement des cliniques médicales ;
- possède un portrait global du financement que les médecins et les cliniques reçoivent pour les frais de fonctionnement ;
- s'assure d'offrir une option pour avoir un accès satisfaisant et sans frais supplémentaires aux services médicaux.

32 Le MSSS ne s'acquitte pas bien de l'encadrement de la facturation des frais en clinique pour les services médicaux aux patients.

Évaluation des coûts de fonctionnement des cliniques

33 Les **améliorations** technologiques dans le domaine de la santé ont permis aux cliniques médicales de jouer un rôle élargi et de donner des services qui, antérieurement, étaient offerts en établissement public. Dans ce contexte, l'argument soulevé par les fédérations pour justifier la facturation de frais est le sous-financement des cliniques médicales pour couvrir les coûts de fonctionnement.

L'Ontario a diminué de 2,5 % les frais et de 5 % la rémunération, afin de reconnaître les améliorations apportées par la technologie et les changements dans les soins (exemple : coloscopie).

34 Déjà, en 2007, le rapport Chicoine présentait la liste des coûts de fonctionnement (annexe 4) qui, selon les fédérations, devraient être remboursables aux médecins, dont la gestion administrative du dossier du patient (exemple : appel téléphonique) et les instruments requis pour diverses techniques médicales (exemples : pinces, éponges, porte-aiguille).

35 Le MSSS n'a pas d'évaluation des coûts de fonctionnement des cliniques. Il n'a pas mis en place d'outils pour les évaluer afin d'appuyer les besoins de financement.

36 En 2010, le MSSS et la FMOQ ont convenu de faire réaliser, par une firme externe, une étude sur les coûts réels de fonctionnement. Cependant, puisqu'un nombre insuffisant de médecins a voulu participer à l'étude, la démarche a avorté. En 2014-2015, le ministère a versé 32 millions de dollars de rémunération supplémentaire aux omnipraticiens pour financer les coûts de fonctionnement.

37 Ainsi, le ministère n'a pas de portrait des coûts de fonctionnement des cliniques. De plus, la réglementation et les ententes actuelles ne permettent pas au ministère ni à la RAMQ d'obtenir de l'information sur ces coûts de la part des médecins et des cliniques.

Financement des coûts de fonctionnement des cliniques

38 Le MSSS ne connaît pas le financement que les cliniques et les médecins reçoivent pour payer les coûts de fonctionnement.

- 39 Il existe actuellement trois principales façons de financer ces coûts :
- 1) subventions versées aux cliniques par le MSSS ;
 - 2) rémunération du médecin supérieure en clinique versée par la RAMQ ;
 - 3) facturation au patient.

Notons que nos travaux ne portent pas sur les autres sources possibles de financement, telles que celles provenant des municipalités ou des partenaires privés.

40 Voici un exemple des trois possibilités de financement des coûts de fonctionnement.

Un omnipraticien réalise une vasectomie en groupe de médecine de famille (GMF) :

- 1) Le MSSS verse une subvention pour couvrir les coûts de fonctionnement du GMF ;
- 2) La RAMQ paie des honoraires aux médecins en clinique de 92,85 dollars par rapport à 70,25 dollars en établissement, donc il y a une différence de 22,60 dollars ;
- 3) Le médecin ou le GMF facture parfois au patient un montant variant de 125 à 225 dollars.

41 En l'absence d'un portrait global du financement, nous en avons établi un en réalisant des évaluations à partir des meilleures sources d'information. En résumé, le financement des coûts de fonctionnement des cliniques est très variable et diversifié.

Financement aux cliniques

42 Même si l'État assure publiquement le paiement des honoraires des médecins participant au régime d'assurance maladie du Québec, ces derniers jouissent d'une autonomie juridique et professionnelle. Ainsi, le médecin a le choix de la forme juridique sous laquelle il exercera ses activités. Par exemple, il peut, aux conditions, aux modalités et avec les restrictions établies par règlement, exercer sa profession au sein d'une **société** par actions ou d'une société en nom collectif à responsabilité limitée. Les avantages de l'exercice de la profession médicale en société sont d'ordre fiscal et organisationnel.

Depuis 2007, un médecin peut exercer ses activités au sein d'une société par actions ou d'une société en nom collectif à responsabilité limitée.

43 Outre la possibilité pour les médecins de pratiquer leurs activités dans une clinique médicale sous la forme juridique choisie, ils peuvent opter pour divers modèles d'organisation. Le modèle adopté influence le type de facturation de frais aux patients et l'étendue de celle-ci.

44 Les modèles d'organisation ou d'affaires possibles pour exercer en clinique, décrits à l'annexe 5, sont les suivants : groupe de médecine de famille (GMF), clinique-réseau, centre médical spécialisé (CMS), clinique médicale associée, laboratoire d'imagerie médicale et coopérative santé. Notons que selon le MSSS, il n'y a aucune clinique médicale associée en activité au 31 mars 2015 et au 31 mars 2016. Le tableau 2 montre les types de cliniques qui bénéficient d'un soutien financier public.

Tableau 2 Subventions du MSSS pour les coûts de fonctionnement en 2014-2015

	Proportion de la rémunération versée aux médecins par la RAMQ en clinique (%)	Subventions du MSSS pour les coûts de fonctionnement ³ (M\$)
GMF ¹	43,4	94,7
Clinique-réseau ¹	2,0	13,5
Laboratoire d'imagerie médicale	6,0	-
Coopérative santé	0,6	-
CMS ²	48,0	-
Autres cliniques		-
Total	100,0	108,2

1. Des cliniques-réseau, au nombre de 43, ont également le statut de GMF.

2. La RAMQ ne connaît pas la rémunération versée aux médecins pratiquant en CMS. Celle-ci est donc incluse avec celle des « autres cliniques ».

3. Selon le MSSS, il a versé 17,7 millions de dollars en 2014-2015 dans le cadre du Programme québécois d'accès au DMÉ (PQADMÉ).

45 Pour les GMF, le soutien financier obtenu du ministère est utilisé annuellement pour les activités cliniques (dont celles du personnel infirmier) et les dépenses de fonctionnement (comme la rémunération du personnel de bureau et l'informatisation). La Régie verse aussi une rémunération aux médecins pour les activités de fonctionnement dans les GMF.

46 Pour les cliniques-réseau, le soutien financier est variable. Le ministère fournit 50% du financement pour la rémunération du personnel clinique, jusqu'à concurrence de 150 000 dollars par année, par clinique. Les établissements complètent le financement selon les balises régionales adoptées. La Régie verse également une rémunération aux médecins pour les activités médico-administratives dans les cliniques-réseau.

47 Pour les laboratoires d'imagerie médicale, la rémunération des radiologistes prévoit un supplément applicable à certains actes, équivalent généralement à 70% du tarif de base afin de couvrir les frais de fonctionnement.

48 Selon le MSSS, les coopératives de santé ne bénéficient pas de financement du ministère pour leurs ressources humaines ou matérielles. Cependant, les membres de la coopérative doivent déboursier un montant initial pour leur part sociale. La cotisation annuelle pour défrayer les frais d'exploitation n'est pas obligatoire selon la *Loi sur les coopératives*, mais peut le devenir par règlement adopté par le conseil d'administration de la coopérative. Une coopérative peut aussi avoir le statut de GMF.

49 Selon le MSSS, les CMS ne bénéficient pas non plus de financement public direct pour leurs ressources humaines ou matérielles. Par contre, dans des ententes avec des établissements de santé, ces cliniques peuvent recevoir du financement afin de couvrir les frais de fonctionnement lorsqu'elles rendent ces services aux patients de l'établissement. Le prix convenu doit servir à couvrir les

frais pour l'utilisation des installations et la main-d'œuvre. Les fournitures médicales requises pour les interventions effectuées dans le cadre des services visés sont mises à la disposition du CMS par l'établissement, aux frais de ce dernier.

Financement aux médecins

50 De façon générale, la rémunération à l'acte s'applique en médecine, en chirurgie et en médecine de laboratoire. 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. Par exemple, la rémunération du médecin peut varier selon le lieu où le service est rendu. Cependant, la complexité des ententes de facturation des spécialistes et des omnipraticiens rend très difficile le suivi de la rémunération offerte en clinique en comparaison de celle en établissement. Les différences ne sont identifiables qu'en faisant une comparaison pour chaque acte. Selon la Régie, les ententes pour les omnipraticiens et les spécialistes en contiennent environ 11 000.

51 D'après la RAMQ, la bonification de la rémunération des actes effectués hors établissement pour les frais de fonctionnement est estimée à 35%. Ce pourcentage est historique et n'a pas fait l'objet d'une révision récente.

Part versée pour les frais de fonctionnement dans la rémunération des médecins

52 Pour effectuer une analyse de la part versée pour les frais de fonctionnement dans la rémunération des médecins, nous avons eu recours aux actes identifiés par les fédérations comme pouvant faire actuellement l'objet d'une facturation aux patients. Un résumé des catégories et des suppléments des actes identifiés à la suite de consultations récentes du ministère auprès des fédérations est présenté à l'annexe 6. Voici au tableau 3 un sommaire des résultats de nos analyses.

Tableau 3 Sommaire des résultats des actes analysés

	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 %).

53 Nous constatons qu'il existe des différences dans la bonification de la rémunération en clinique pour les frais de fonctionnement. Cette part est calculée par la différence entre les tarifs en clinique et ceux en établissement pour un même acte. Comme cela est démontré dans le tableau 4, certains actes sont bonifiés alors que d'autres ne le sont pas.

54 Notons qu'il y a des différences entre la pratique des omnipraticiens et celle des spécialistes. La nature des coûts de fonctionnement n'est pas nécessairement la même et peut aussi varier d'une spécialité à l'autre.

Tableau 4 Différence de tarifs selon le lieu pour certains actes au 31 mars 2015

Description de l'acte	Nombre d'actes réalisés en 2014-2015	Rémunération en établissement (\$)	Rémunération en clinique (\$)	Bonification de la rémunération (%)
Médecins omnipraticiens				
Biopsie : sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	29	23,55	34,90	48,2
Coloscopie avec coloscope court	7	44,70	44,70	-
Excision conventionnelle ou au laser, kystes sébacés : face, cuir chevelu, cou	2 501	22,35	56,30	151,9
Rectosigmoidoscopie diagnostique	607	19,20	19,20	-
Vasectomie	6 923	70,25	92,85	32,2
Audiométrie : tonale et vocale – interprétation et technique du procédé	111	19,60	19,60	-
Drainage d'abcès de la paroi abdominale	34	50,25	72,95	45,2
Excision de la peau périanale	25	46,20	57,55	24,6
Ensemble des actes analysés				30,4
Médecins spécialistes				
Biopsie : sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	160	15,50	19,80	27,7
Coloscopie avec coloscope court	49	40,85 ¹	40,85	-
Excision conventionnelle ou au laser, kystes sébacés : face, cuir chevelu, cou	5 817	18,80 ¹	18,80	-
Rectosigmoidoscopie diagnostique	3 348	16,10 ¹	16,10	-
Vasectomie	3 717	69,05	69,05	-
Coloscopie avec coloscope long (3 actes)	10 208	64,05 à 168,90 ¹	64,05 à 168,90	-
Injection intravitréenne non liée à l'âge	28 402	175,00	175,00	-
Audiométrie : tonale et vocale – interprétation et technique du procédé	26 690	28,95	38,85	34,2
Drainage d'abcès de la paroi abdominale	17	215,20	215,20	-
Excision de la peau périanale	934	184,45 ¹	184,45	-
Ensemble des actes analysés				de 0,2 à 4,2

1. Certains spécialistes en établissement bénéficient d'un supplément de 40\$, non inclus dans le tableau (exemple : le tarif de la coloscopie avec coloscope court réalisée en établissement par un pédiatre sera majoré de 40\$).

55 Par ailleurs, un des enjeux provient du fait que la bonification à la rémunération pour couvrir les coûts de fonctionnement en clinique est versée directement au médecin à l'intérieur de l'enveloppe de sa rémunération, alors que ces coûts peuvent être assumés par la clinique médicale. La RAMQ ne dispose d'aucun moyen pour s'assurer que les sommes payées servent aux fins pour lesquelles elles sont versées.

Frais facturés directement aux patients

56 Bien que des sommes soient déjà versées pour couvrir les coûts de fonctionnement, des frais sont parfois facturés aux patients dans les cliniques.

57 Le MSSS n'a pu nous fournir l'information sur ces frais. Devant ce fait, nous avons tenté de les évaluer pour certains actes. Notons que la décision de facturer et l'établissement des prix résultent du choix du médecin ou de la clinique. Nous nous sommes référé à deux sources du prix pour établir les tarifs minimums et maximums demandés (tableau 5). Les sources sont, pour tous les cas, une fédération médicale ou la RAMQ, plus une autre source externe (appel téléphonique en clinique ou grille tarifaire de certaines cliniques visitées par l'Unité d'inspection de la RAMQ).

58 Pour ces actes, on constate que les frais ayant pu être facturés aux patients sont très variables et représentent des sommes non négligeables.

Tableau 5 Estimation des frais facturés pour certains actes en 2014-2015

Description de l'acte	Nombre d'actes réalisés en clinique	Tarification observée en clinique (\$)		Estimation des frais facturés aux patients (\$)	
		Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Médecins omnipraticiens					
Biopsie : sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	29	51	100	1 479	2 900
Coloscopie avec coloscope court	7	300	400	2 100	2 800
Excision conventionnelle ou au laser, kystes sébacés : face, cuir chevelu, cou	2 501	5	50	12 505	125 050
Rectosigmoidoscopie diagnostique	607	300	400	182 100	242 800
Vasectomie	6 923	125	225	865 375	1 557 675
Total médecins omnipraticiens	10 067			1 063 559	1 931 225
Médecins spécialistes					
Biopsie : sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	160	51	100	8 160	16 000
Coloscopie avec coloscope court	49	300	400	14 700	19 600
Excision conventionnelle ou au laser, kystes sébacés : face, cuir chevelu, cou	5 817	5	50	29 085	290 850
Rectosigmoidoscopie diagnostique	3 348	300	400	1 004 400	1 339 200
Vasectomie	3 717	125	225	464 625	836 325
Coloscopie avec coloscope long (3 actes)	10 208	300	500	3 062 400	5 104 000
Injection intravitréenne non liée à l'âge	28 402	150	300	4 260 300	8 520 600
Total médecins spécialistes	51 701			8 843 670	16 126 575

Évaluation de l'accès aux services en établissement

59 Selon la *Loi canadienne sur la santé*, le régime provincial d'assurance santé doit satisfaire à certaines conditions. Par exemple, le principe d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance santé offre les services de santé assurés et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, notamment par la facturation aux personnes assurées, à un accès satisfaisant aux services médicalement requis. De plus, la condition d'universalité requiert que toutes les personnes assurées aient droit aux services de santé assurés selon des modalités uniformes.

Offre de services et délai d'attente en établissement

60 Selon la LSSSS, le ministère voit à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction de la population à desservir. En outre, les établissements ont pour fonction d'assurer l'offre de services de santé.

61 De plus, le ministère peut obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer si le temps d'attente pour bénéficier d'un service médical spécialisé est déraisonnable ou sur le point de le devenir. Dans ce cas, il peut, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement, prendre toute mesure nécessaire pour que soient mis en place des mécanismes particuliers d'accès permettant de rendre le service visé autrement accessible à l'intérieur du délai qu'il juge raisonnable.

Services assurés

62 Le MSSS a peu de données fiables sur les délais d'attente, entre autres sur l'accessibilité des actes touchés par les frais facturés aux patients. De plus, il effectue peu d'analyses sur l'offre de services assurés, alors qu'elle est non équitable d'une région à l'autre et que certains services sont peu offerts ou ne sont pas offerts par les établissements. Des délais d'attente élevés et une offre de services non équitable ont ultimement des conséquences sur la facturation de frais aux patients. Par exemple, certaines régions plus urbaines ont davantage d'actes réalisés hors établissement. Les patients peuvent consulter en clinique s'ils jugent le délai d'attente en établissement trop long, mais ils sont plus susceptibles d'être facturés pour les coûts de fonctionnement.

Services désassurés en clinique

63 Le gouvernement a pris la décision de désassurer certains services diagnostiques lorsqu'ils sont offerts en clinique : l'**échographie** en 1981, la TDM en 1988 et l'IRM en 1995. Ainsi, alors que ces services sont gratuits en établissement, les patients doivent payer en clinique l'acte du médecin en plus des coûts de fonctionnement facturés.

Avec l'amendement adopté à la suite du projet de loi n° 20, le gouvernement a annoncé son intention d'assurer de nouveau en clinique l'échographie lorsque le règlement sera en vigueur.

64 Nous avons analysé les délais d'attente dans les établissements de santé de ces quelques services. La norme établie par le MSSS est que 90 % des cas en attente doivent avoir été traités dans un délai inférieur à 90 jours. Or, pour l'IRM dans l'ensemble de la province, cette norme n'est pas respectée dans 50,3 % des cas (annexe 7). Avec des délais aussi longs, cela peut inciter certains patients à aller en clinique et à payer des frais.

65 Pour ces examens, en nous appuyant sur le nombre de tests réalisés en laboratoire d'imagerie médicale au cours d'une année, nous avons estimé le montant annuel total facturé aux patients à environ 86,5 millions de dollars (annexe 7).

Conflit d'intérêts potentiel

66 Différentes sources soulèvent le risque d'un conflit d'intérêts des médecins qui se réfèrent à eux-mêmes des patients. D'ailleurs, le Collège des médecins avait prévu, dans la révision de son Code de déontologie en 2015, deux **articles** portant sur l'indépendance des médecins.

67 À l'annonce du gouvernement d'établir de nouvelles règles, l'entrée en vigueur de ces deux articles a été reportée. De l'avis du Collège des médecins, ces mesures permettront de freiner les abus et de faire en sorte que les frais réclamés aux patients par des médecins qui exercent hors établissement soient maintenant justes et uniformes à travers le Québec. En date de fin de nos travaux, l'entrée en vigueur de ces deux articles était toujours reportée à une date indéterminée.

68 D'autres provinces se soucient des règles de transparence. Par exemple :

- En Colombie Britannique, un médecin ne peut référer un patient dans une clinique désignée sans le consentement de l'organisme responsable de l'administration et de l'application de l'assurance maladie.
- Le Collège des médecins de la Nouvelle-Écosse prévoit que des fournitures ne peuvent être vendues que si elles sont médicalement nécessaires et que tout conflit d'intérêts est dévoilé au patient.

Ces articles sont :

- 1) L'interdiction pour un médecin de recevoir un avantage financier, autre que ses honoraires, directement, indirectement ou par une société qu'il contrôle, lorsqu'il prescrit des appareils, des examens ou des médicaments ;
- 2) L'obligation de transparence du médecin qui reçoit des avantages ou participe à une société qu'il est en son pouvoir de contrôler et qui fabrique ou met en marché des produits ayant un intérêt pour la santé, des services thérapeutiques ou diagnostiques. Le médecin doit en informer les milieux où il en fait la promotion. Cette obligation couvre toute forme d'avantages, financiers ou autres, obtenus directement ou indirectement.

Recommandations

69 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère.

- 1 **Baliser les frais pouvant être facturés aux patients en clinique pour les services médicaux.**
- 2 **Apprécier les coûts de fonctionnement des cliniques, déterminer le financement à accorder et considérer celui déjà versé.**

2.3 Surveillance et contrôle par la Régie

70 La RAMQ a notamment pour fonction de surveiller et de contrôler le respect des dispositions légales et réglementaires relatives à la facturation de frais aux patients en clinique. Les mesures mises en place par la Régie doivent permettre de vérifier que

- les services assurés et les frais accessoires non prévus aux ententes ne fassent pas l'objet d'une facturation ;
- seuls les services non assurés puissent être facturés aux patients.

71 Les mesures de la Régie pour contrôler la facturation des frais en clinique sont limitées par le cadre législatif et réglementaire actuel.

72 Le projet de loi n° 92 déposé à l'Assemblée nationale en avril 2016 devrait améliorer la situation. Il vise à modifier la LAM et la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (LRAMQ) afin entre autres

- de recouvrer d'un médecin ou d'un tiers une somme illégalement obtenue d'une personne assurée, sans qu'une demande de remboursement ne lui soit présentée au préalable ;
- de prévoir des sanctions administratives pécuniaires applicables aux médecins ou aux tiers ayant réclamé ou obtenu un paiement à l'encontre de la loi ainsi qu'une augmentation du montant des amendes prévues dans ces cas ;
- de réduire le délai dont dispose un médecin ou un tiers pour contester devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec une décision de la Régie visant des paiements non autorisés ;
- de prévoir que le délai de prescription applicable aux poursuites pénales prises en vertu de la LAM soit établi à un an depuis la connaissance par le poursuivant de la perpétration de l'infraction ;
- d'attribuer des pouvoirs d'inspection à la Régie et de lui permettre de demander à la Cour supérieure de prononcer une injonction dans toute matière se rapportant à une loi qu'elle administre.

73 Les principales mesures réalisées par la Régie à l'égard des frais facturés en clinique sont les suivantes :

Mesures

Remboursement de frais facturés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traiter et analyser les demandes de remboursement de frais facturés aux personnes assurées
Récupération des sommes remboursées	<ul style="list-style-type: none"> ■ Récupérer les sommes remboursées aux personnes assurées auprès des médecins et des cliniques
Enquêtes et pénalités	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser des enquêtes pour vérifier le respect des règlements et des programmes qu'elle administre
Visites préventives	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier les pratiques d'affichage et de facturation dans les cliniques ■ Communiquer aux médecins, de façon préventive et éducative, ce qui est légal en la matière ■ Effectuer une vigie afin de détecter les situations problématiques
Information à la population	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informer les patients de la réglementation applicable quant à la facturation de frais ■ Recevoir les plaintes, les traiter et les orienter aux bons intervenants

Remboursement de frais facturés en clinique

74 Comme le montre le tableau 6, notre analyse fait état de 5 237 demandes reçues par la Régie ayant trait à des frais facturés lors d'une visite médicale, de 2012-2013 à 2014-2015, dont 477 donnant droit à un remboursement.

Tableau 6 Demandes de remboursement de 2012-2013 à 2014-2015¹

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Total des demandes reçues				
N ^{bre}	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				
N ^{bre}	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

1. Demandes de remboursement reçues entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2015 dont le traitement a été complété par la Régie en date du mois de novembre 2015.

75 Lorsqu'un patient croit avoir été indûment facturé par une clinique ou un médecin pour des services médicaux, il peut s'adresser à la RAMQ afin d'être remboursé. Cependant, pour qu'il songe à demander un remboursement ou à dénoncer une situation, il doit d'abord savoir qu'il peut le faire et détenir une connaissance minimale des règles applicables. De plus, la Régie ne peut rembourser une personne si cette dernière n'en fait pas la demande. L'annexe 8 présente le processus de remboursement et de recouvrement.

76 Plusieurs éléments limitent les recours des patients, ce qui ne favorise pas la dénonciation d'une pratique de facturation non permise. Même s'il y a infraction, les exigences réduisent les possibilités de remboursement aux patients.

77 Différentes raisons peuvent justifier le nombre peu élevé de réclamations et le refus des demandes de remboursement : le dépassement du délai prévu, des pièces justificatives absentes ou incomplètes, la légalité de la facturation en dépit du caractère déraisonnable des montants facturés, la crainte de représailles de la part du médecin ou de sa clinique, l'inscription erronée sur la facture remise au patient par la clinique que les frais facturés ne sont pas recouvrables de la Régie, etc. Les paragraphes ci-dessous décrivent ces éléments.

Barrière 1

Délai limité pour faire la réclamation

Description

- Le patient n'a droit au remboursement que s'il transmet sa réclamation à la Régie dans l'année suivant le service reçu.
- La Régie ne peut rembourser une personne si cette dernière n'en fait pas la demande.

Barrière 2

Pièces justificatives parfois inexistantes

Description

- Les demandes de remboursement doivent joindre les pièces justificatives : facture et preuve de paiement originales.
- Certaines cliniques affichent que seuls les paiements comptants sont acceptés, ce qui peut décourager le patient qui n'a pas de preuve de paiement de faire une réclamation.

Barrière 3

Absence de balises sur la facturation abusive

Description

- Il y a absence de balises sur le caractère raisonnable des frais demandés pour les exceptions prévues aux ententes.
- Le Collège des médecins recommande de demander des frais qui correspondent au prix coûtant des fournitures médicales, comme les attelles ou les médicaments, auxquels pourront s'ajouter des frais d'administration raisonnables, incluant entre autres les frais pour l'entreposage et la conservation.
- Certains médecins de cliniques médicales interprètent assez largement les frais qu'ils peuvent facturer pour tenter de pallier un problème de financement des coûts de fonctionnement.
- La Régie a retracé des cas de facturation bien au-dessus des coûts réels des médicaments et des substances anesthésiques.
- Généralement, il n'y a aucun remboursement par la RAMQ pour les cas de facturation abusive et le patient est référé au Collège des médecins pour conciliation et arbitrage.

Barrière 4

Identité divulguée du patient auprès de son médecin

Description

- Afin de récupérer le montant remboursé à la personne assurée, la RAMQ avise par écrit le médecin ou le tiers de l'identité de celle-ci.
- Cette absence d'anonymat peut dissuader les patients de demander un remboursement par crainte de nuire à leur relation avec le médecin.

Barrière 5

Absence de mécanismes formels de dénonciation

Description

- Il n'existe pas de mécanismes formels de dénonciation anonyme, que cette personne ait ou non fait une réclamation.
- L'Ontario impose aux professionnels de la santé l'obligation de dénoncer le contrevenant s'ils ont des raisons de croire qu'un avantage a été accordé ou qu'un paiement a été versé ou promis pour obtenir un accès privilégié aux soins de santé. Une amende de 1 000 dollars est prévue dans le cas où une infraction n'est pas dénoncée.

Barrière 6

Confusion liée à l'affichage dans les cliniques

Description

- La LAM prévoit que le tarif des services, des fournitures et des frais accessoires qui peuvent être réclamés auprès d'une personne assurée ainsi que celui des services médicaux non assurés ou non considérés comme assurés soient affichés à la vue du public. Aucune autre somme d'argent que celle affichée ne peut être réclamée.
- Tant l'affiche que la facture doivent faire mention du recours possible d'une demande de remboursement auprès de la Régie pour des frais facturés indûment.
- Un rapport d'enquête soulève le fait qu'une clinique informe les patients que les services ne sont pas assurés et, par conséquent, que les frais ne peuvent être remboursés par la RAMQ. Par contre, ce n'est pas toujours le cas. La désinformation peut légitimer une pratique illégale et contribuer également à la non-réclamation.
- Les divergences d'opinions entre la Régie et les fédérations médicales en matière de facturation de frais aux personnes assurées peuvent encourager la facturation illégale de frais (exemples : forfait annuel, frais d'ouverture de dossier). Les différentes contradictions contribuent à alimenter la confusion dans la population et chez les médecins.

78 Par ailleurs, le patient le plus averti ne saurait connaître la liste complète des actes couverts par la RAMQ ou encore le prix coûtant des médicaments qui lui sont facturés.

Récupération des sommes remboursées aux patients

79 Si la Régie accepte de rembourser la personne, elle peut récupérer les sommes déboursées auprès du médecin ou de la clinique (surnommée tiers) selon diverses modalités.

80 La RAMQ dispose de certains pouvoirs pour recouvrer les sommes qui lui sont dues. Leur mise en application est complexe quand le recouvrement vise des cliniques.

81 Lorsque des frais ont été facturés par un médecin aux patients et remboursés à ceux-ci par la Régie, cette dernière peut obtenir compensation à même la rémunération du médecin. Lorsque ces frais ont été exigés par une clinique qui ne facture pas d'honoraires à la Régie, celle-ci peut demander le remboursement à la clinique, mais n'a pas le pouvoir de l'imposer. Elle doit donc prendre des recours judiciaires civils.

82 Pour les demandes de remboursement sur trois ans dont le traitement a été complété par la Régie en date du mois de novembre 2015, 98,6 % des sommes non encore récupérées après qu'un remboursement ait été effectué à un patient visent des cliniques. La quasi-totalité des sommes a toutefois été récupérée lorsque celles-ci étaient dues par des médecins. Le tableau 7 présente le taux de récupération des sommes remboursées de 2012-2013 à 2014-2015.

Tableau 7 Récupération des sommes remboursées de 2012-2013 à 2014-2015¹

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Total des sommes devant être récupérées (\$) ¹	350 313	208 019	50 362	608 694
Total des sommes récupérées (\$)	95 484	37 903	16 451	149 838 24,6 %
Total des sommes non encore récupérées (\$)	246 897²	167 416	33 749	448 062 73,6 %
Total des sommes irrécupérables (\$)	7 932	2 700	162	10 794 1,8 %

1. La différence entre les sommes devant être remboursées et celles devant être récupérées découle du fait que certaines demandes ont fait l'objet d'un remboursement sans qu'une tentative de récupération ne soit effectuée par la RAMQ (intervention du ministère ou arbitrage).

2. Le traitement des données a changé à compter de 2013-2014. Avant cette date, le statut des sommes non récupérées n'est pas déterminé (irrécupérables, en recouvrement ou judiciairisées).

83 En raison du délai légal de récupération, ceci réduit les possibilités de recouvrer la totalité des sommes dues.

- Par exemple, dans un dossier en litige pour récupérer d'une clinique les sommes remboursées aux patients par la RAMQ, un montant de 86 684 dollars a été retranché de la réclamation en justice puisque le délai de prescription pour la récupération était expiré. La clinique n'aura donc jamais à rembourser cette somme à la Régie, même si de l'avis de cette dernière, cette facturation était contraire à la loi.

Enquêtes et pénalités

84 La Régie a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la LAM. Elle a le pouvoir de réaliser des enquêtes.

85 La RAMQ dispose de peu de mesures dissuasives et coercitives pour faire respecter la réglementation. La majorité des enquêtes survient à la suite d'une médiatisation d'un problème et le tiers se termine par de l'information transmise aux médecins et aux cliniques, sans qu'il y ait sanction à leur égard.

86 Peu d'enquêtes sur la facturation de frais aux patients ont été réalisées en 2014-2015 par la Régie. Au cours des cinq dernières années, il y en a eu 27 et la majorité découle de la médiatisation. Le tiers de ces enquêtes se termine par de l'information et de la sensibilisation aux médecins et aux cliniques, sans volet punitif.

87 Par ailleurs, le cadre législatif et réglementaire détermine les moyens mis à la disposition de la RAMQ pour faire cesser la facturation illégale. Afin de faire respecter la loi, la Régie doit disposer de mesures administratives dissuasives et coercitives, par exemple l'imposition de pénalités administratives. Le MSSS pourrait également jouer un rôle : retirer un permis ou annuler des subventions à une clinique, par exemple.

88 Dans le contexte actuel, plusieurs barrières empêchent la RAMQ de jouer pleinement son rôle de contrôleuse. Voici quelques exemples :

Barrière 1

Délai limité de recours

Description

- Une poursuite pénale pour la sanction d'une infraction à la LAM est prescrite après deux ans à compter de la date de la perpétration de l'infraction.
- Le début et la durée des enquêtes influencent la possibilité de recours.

Barrière 2

Absence d'imposition de frais administratifs

Description

- Outre des frais de recouvrement de 10 % (pouvant aller d'un minimum de 50 à un maximum de 10 000 dollars, quel que soit le montant à rembourser), il n'y a pas de mesure dissuasive pour la facturation à répétition.
- L'Ontario prévoit des frais administratifs de 150 dollars par transaction avec un patient, non contestables, pour chaque montant facturé illégalement, en sus du montant à récupérer.

Barrière 3

Amendes non dissuasives pour le non-respect de la réglementation

Description

- Le fautif peut se voir imposer une amende variant de 500 à 2500 dollars pour une première infraction. Les cas de récidive sont passibles d'amende allant de 1000 à 5000 dollars.
- Dans le cadre d'une poursuite pénale, le fardeau de la preuve nécessite, pour la RAMQ, de démontrer hors de tout doute raisonnable l'intention coupable d'un contrevenant. De plus, la RAMQ ne peut imposer ses amendes directement, mais c'est plutôt le Directeur des poursuites criminelles et pénales qui la représentera à cet égard.
- Au cours des 5 derniers exercices, aucune amende n'a été imposée par la RAMQ.
- L'Ontario prévoit des amendes maximales de 10000 dollars pour une personne physique et de 25000 dollars dans le cas d'une personne morale.
- En Colombie-Britannique, la loi prévoit la possibilité de demander des pénalités en cas d'entrave à une inspection (maximum de 6 mois de prison et de 2000 dollars d'amende par jour d'infraction).

Barrière 4

Absence d'échanges d'information avec le Collège des médecins

Description

- Cet organisme n'est pas tenu de transmettre de l'information, même s'il croit qu'un membre a commis une infraction à la loi.
- En Ontario, lorsque les ordres professionnels ont des motifs raisonnables de croire qu'une infraction à la loi a été commise, ils ont l'obligation de transmettre au gouvernement toute information pertinente, y compris un renseignement personnel.

Barrière 5

Injonction non prévue pour faire arrêter une pratique

Description

- La Régie n'a pas le pouvoir de faire émettre contre quiconque une ordonnance de se conformer à la LAM pour faire cesser une pratique illégale.
- En Colombie-Britannique, la loi prévoit la possibilité de demander des injonctions en cas de facturation de frais aux patients.
- Au Québec, un recours a été entrepris par la Régie en 2014 contre une clinique (société par actions) pour de la facturation qu'elle considérait comme illégale à l'égard des activités de coloscopie connues depuis 2010. La RAMQ a remboursé des personnes assurées et a été en mesure d'en récupérer la totalité auprès de la société. Malgré les avertissements de la RAMQ, la société n'a jamais arrêté de facturer des frais. En 2014, afin de pouvoir lui imposer les amendes prévues à la loi et l'obliger à cesser cette pratique, la RAMQ a dû entreprendre des procédures pénales, toujours en cours.

Barrière 6

Condamnation nécessaire pour suspendre, révoquer ou refuser de renouveler un permis de CMS

Description

- Selon la LSSSS, le ministre peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis délivré à l'exploitant d'un CMS si celui-ci (ou l'un de ses médecins) a été déclaré coupable d'une infraction à la LAM, pour un acte ou une omission qui regarde ce CMS.
- Le ministère ou son réseau a conclu des ententes à répétition avec un CMS alors qu'il était sous enquête à la RAMQ et poursuivi pour recouvrement.
- Le ministère a renouvelé le permis de ce CMS alors que les procédures judiciaires étaient toujours en cours.

Barrière 7

Aucune exigence quant au respect de la réglementation pour obtenir le financement des cliniques

Description

- Le financement accordé par le MSSS pour la clinique pourrait faire l'objet de coupures comme moyen coercitif, mais ce n'est pas prévu.
- En Ontario, la clinique (établissement de santé autonome) ne peut obtenir aucun financement de fonctionnement si des frais sont facturés à des patients ou à d'autres personnes. De plus, les permis peuvent être révoqués ou non renouvelés en cas de non-respect de la loi.
- En Ontario, le paiement d'un service de laboratoire est refusé si le laboratoire demande un paiement à un tiers.

89 Par conséquent, en l'absence d'encadrement légal adéquat, la RAMQ a peu d'incitatifs pour faire respecter la réglementation, ce qui a un effet sur les moyens mis en place, entre autres sur les visites préventives et sur l'information à la population.

Visites préventives dans les cliniques

90 Une bonne pratique observée à la Régie est qu'elle effectue des travaux de prévention relativement à la facturation de frais aux personnes assurées. Ainsi, depuis 2012, elle a concentré ses efforts sur l'information et l'éducation aux médecins lors de ses visites en clinique.

91 En date de février 2016, les visites ont permis de rejoindre environ 6 000 professionnels de la santé œuvrant dans 1 154 cliniques, qui ont reçu ou sont en voie de recevoir une lettre de rétroaction à la suite de ces visites.

92 Outre ces lettres informant et sensibilisant les médecins sur leurs obligations en lien avec l'affichage et la facturation des services médicaux, la Régie a aussi recours à d'autres mécanismes, notamment des infolettres et des articles dans la revue *L'actualité médicale*.

Information à la population

93 Une population bien informée constitue une forme de contrôle des pratiques de facturation non autorisée.

94 Peu d'efforts sont réalisés pour informer la population sur la réglementation applicable quant à la facturation de frais en clinique pour les services médicaux.

95 La Régie communique peu avec la population au sujet de la facturation de frais en clinique pour les services médicaux. Outre l'exigence d'affichage en clinique et de production d'une facture détaillée, le principal moyen d'approche de la Régie pour joindre les personnes assurées est son site Web.

- L'information disponible sur le site n'est pas centralisée et les liens permettant d'y accéder ne sont pas toujours présents.
- Dans les onglets « Frais facturés par un médecin » et « Remboursement », la Régie ne fait aucune mention de la possibilité pour une personne assurée de porter plainte auprès du Commissaire aux plaintes ou du Protecteur du citoyen.

96 Pour la période 2010-2012, la Régie a produit un plan d'action portant sur les frais facturés aux personnes assurées. Dans ce plan, l'une des actions est d'effectuer des entrevues à la télévision ou à la radio communautaire pour informer les gens. Cette action n'a pas été réalisée.

97 Par ailleurs, entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2015, le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a traité 70 plaintes relatives à des frais facturés à des patients, ce qui correspond à environ 3 % du total des plaintes reçues durant la même période. La majeure partie des plaintes en lien avec la facturation de frais aux patients s'est soldée par une réorientation du plaignant vers d'autres instances.

Recommandations

98 Les recommandations suivantes s'adressent à la Régie.

- 3 Poursuivre ses démarches de propositions de modifications législatives à la LAM afin qu'elle soit en mesure de bien exercer son rôle d'administratrice.**
- 4 Informer la population sur la réglementation applicable quant à la facturation de frais en clinique pour les services médicaux.**

2.4 Composition du conseil d'administration de la Régie

99 Le conseil d'administration établit notamment les orientations stratégiques de la Régie et en approuve les règles de gouvernance. Par ailleurs, il est imputable auprès du gouvernement des décisions de la Régie et son président est chargé d'en répondre auprès du ministre. Afin de favoriser des décisions objectives, impartiales et efficaces, il est important que le conseil soit le plus indépendant possible.

100 L'indépendance du conseil d'administration de la Régie pourrait être améliorée.

101 La LRAMQ a été modifiée en 2007 pour assujettir la Régie à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* (LGSE). C'est à cette occasion que la notion « sous réserve des dispositions prévues par leur loi constitutive » a été ajoutée à la LGSE. Cette expression fait en sorte que le conseil d'administration peut être doté d'un nombre inférieur de membres indépendants à celui prévu par la LGSE.

102 Ainsi, la Régie est administrée par un conseil d'administration composé de 15 membres, dont le président du conseil et le président-directeur général. Les membres du conseil sont nommés par le gouvernement et c'est ce dernier qui détermine la qualification d'indépendance des administrateurs. D'après la LGSE, au moins les deux tiers des membres d'un conseil d'administration doivent se qualifier comme **administrateurs indépendants**, ce qui, dans le cas de la Régie, donnerait 10 administrateurs indépendants au minimum. Toutefois, sa loi constitutive ne l'oblige qu'à un nombre minimum de 8.

103 De plus, nos travaux de vérification ont permis de constater que, depuis avril 2015, la composition du conseil d'administration de la RAMQ ne respecte pas le ratio minimum d'**administrateurs** indépendants, car au moins un membre sur huit nommé à titre d'indépendant ne l'est plus dans les faits. En effet, cette personne a perdu son statut d'indépendant au cours de son mandat.

Recommandation

104 La recommandation suivante s'adresse à la Régie.

- 5 Intégrer à son processus de gestion de la déclaration des membres du conseil d'administration la prise en compte de tout élément pouvant affecter le statut d'un membre indépendant, conformément aux dispositions de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*.

On entend par administrateur indépendant un membre du conseil d'administration qui n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions quant aux intérêts de la Régie.

Une saine pratique observée dans le milieu bancaire est l'évaluation annuelle de l'indépendance des administrateurs par un comité de gouvernance du conseil d'administration. Un rapport annuel est produit sur le statut d'indépendance de chacun des administrateurs, accompagné de précisions sur des cas particuliers de relations significatives possibles ainsi que sur la proportion de membres indépendants du conseil. Ce rapport est présenté au conseil d'administration.

Commentaires des entités vérifiées

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, reproduits dans la présente section. Nous tenons à signaler qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Commentaire du ministère de la Santé et des Services sociaux

«Le MSSS accueille favorablement le rapport du Vérificateur général et estime que les recommandations qui y sont formulées permettront de soutenir les travaux déjà en cours. Le gouvernement a entrepris des travaux en vue d'abolir les frais accessoires pour les services assurés.»

Commentaire de la Régie de l'assurance maladie du Québec

«La RAMQ accueille favorablement les recommandations énoncées par le Vérificateur général et mettra en œuvre les moyens appropriés afin d'y donner suite.»

Annexes et sigles

- Annexe 1** Objectifs de vérification et portée des travaux
- Annexe 2** Vue d'ensemble de la facturation
- Annexe 3** Chronologie des événements, des lois et des règlements pertinents
- Annexe 4** Liste des coûts de fonctionnement du rapport Chicoine
- Annexe 5** Description des modèles d'organisation ou d'affaires
- Annexe 6** Catégories et suppléments des actes analysés
- Annexe 7** Délais d'attente et tests réalisés en 2014-2015
- Annexe 8** Processus de remboursement et de recouvrement

Sigles

DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge	LGSE	<i>Loi sur la gouvernance des sociétés d'État</i>
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	LRAMQ	<i>Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec</i>
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec	LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
GMF	Groupe de médecine de famille	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	RALAM	Règlement d'application de la <i>Loi sur l'assurance maladie</i>
LAM	<i>Loi sur l'assurance maladie</i>	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un degré élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement de la *Loi sur l'assurance maladie*, de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi canadienne sur la santé*. Ils se fondent également sur les principes de saine gestion reconnus ainsi que sur nos travaux antérieurs de vérification de l'optimisation des ressources. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes des missions de certification présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS encadre la facturation de frais aux personnes assurées dans le respect des normes d'accessibilité, d'équité et d'efficacité liées aux services offerts.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des orientations et des directives sont élaborées à l'égard de la facturation de frais aux personnes assurées. ■ Les résultats sont évalués à partir d'une information pertinente et font l'objet d'un suivi; des ajustements sont apportés au besoin.
Évaluer dans quelle mesure la RAMQ, en tant qu'administratrice du régime public d'assurance maladie, s'assure de façon efficace, efficiente et transparente du respect des dispositions légales et réglementaires à l'égard de la facturation de frais aux personnes assurées.	<ul style="list-style-type: none"> ■ La RAMQ dispose d'un portrait complet et évolutif des frais facturés aux personnes assurées qui permet notamment d'orienter ses actions en fonction des constats qui s'en dégagent. ■ Des mécanismes de contrôle et de surveillance appropriés en fonction des risques garantissent le respect de la réglementation relative à la facturation de frais par les médecins. ■ La RAMQ recouvre, auprès des médecins et des tiers, les sommes qu'elle a remboursées aux personnes assurées pour les frais illégaux et elle applique les sanctions prévues. ■ La RAMQ informe et conseille le ministre ou le ministère à l'égard de la facturation de frais aux personnes assurées, entre autres quant à l'évolution de ceux-ci et au non-respect de la réglementation. ■ La RAMQ informe la population sur la légalité de la facturation de frais aux personnes assurées.

Portée des travaux

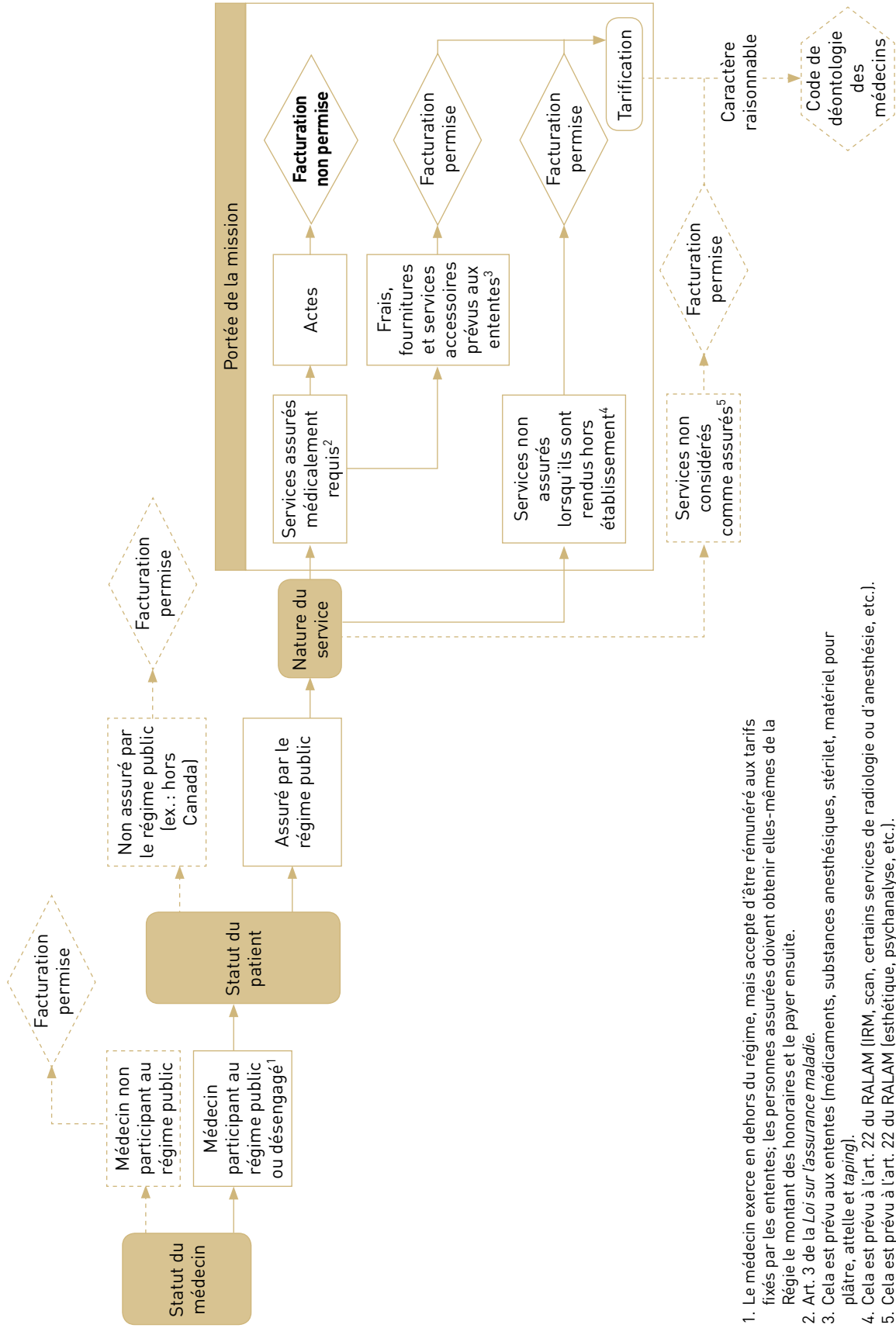
La présente vérification porte sur les frais facturés en clinique pour les services médicaux. Les travaux ont été réalisés auprès du MSSS et de la RAMQ. Les recommandations formulées à la suite de ces travaux s'adressent aux entités vérifiées.

Aux fins de nos travaux, comme la facturation de frais accessoires représente seulement une possibilité de facturation parmi d'autres, nous utilisons l'expression plus large de « frais facturés aux personnes assurées » qui inclut la notion de frais accessoires. Nous avons ciblé plus précisément les cas de facturation en clinique (en dehors des établissements publics du réseau). Nous n'avons pas retenu la facturation pour les services non médicalement requis. Nos travaux ont donc traité des cas de facturation à des personnes assurées, pour des services assurés et pour des services non assurés lorsqu'ils sont rendus hors établissement.

Nous avons collecté l'information nécessaire à notre vérification en exploitant des données financières et opérationnelles consignées par le MSSS et la RAMQ. Nous avons également réalisé des entrevues avec des membres du personnel du ministère et de la Régie. Des comparaisons avec d'autres administrations publiques ont aussi été effectuées.

Il est à noter que les constats formulés ne visent pas à remettre en cause la pertinence ou la qualité des actes professionnels; ces actes ne font d'ailleurs pas partie de la portée de la présente mission. Les travaux de vérification se sont surtout déroulés d'octobre 2015 à mars 2016 et se sont intéressés principalement aux activités des exercices 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015. Toutefois, certaines analyses font référence à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

Annexe 2 Vue d'ensemble de la facturation



1. Le médecin exerce en dehors du régime, mais accepte d'être rémunéré aux tarifs fixés par les ententes; les personnes assurées doivent obtenir elles-mêmes de la Régie le montant des honoraires et le payer ensuite.
2. Art. 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*.
3. Cela est prévu aux ententes (médicaments, substances anesthésiques, stérilet, matériel pour plâtre, attelle et *taping*).
4. Cela est prévu à l'art. 22 du RALAM (IRM, scan, certains services de radiologie ou d'anesthésie, etc.).
5. Cela est prévu à l'art. 22 du RALAM (esthétique, psychanalyse, etc.).

----- Représente les éléments hors de la portée de notre mandat.

Annexe 3 Chronologie des événements, des lois et des règlements pertinents

-
- 1970
- Grève générale des médecins spécialistes du Québec pour protester contre le projet d'assurance maladie, en particulier contre les dispositions restreignant leur contrôle sur la facturation (jusqu'alors, ils facturent à leur discrétion, en fonction de la capacité de payer du patient).
 - Adoption d'une loi spéciale pour forcer leur retour au travail (projet de loi n° 41).
 - Entrée en vigueur de la LAM et du régime d'assurance maladie du Québec.
-
- 1979
- Le juge Emmett Hall est mandaté par le gouvernement fédéral pour faire un examen de l'état des services de santé au Canada. Son rapport signale que la surfacturation pratiquée par les médecins et les frais modérateurs exigés par les hôpitaux créent un système à deux vitesses qui menace l'accessibilité universelle aux soins.
 - Des amendements sont apportés à la LAM, afin d'interdire explicitement la perception de frais accessoires pour des soins assurés.
-
- 1984
- Adoption de la *Loi canadienne sur la santé*.
 - Un amendement est apporté à la LAM, afin de préciser davantage l'interdiction des frais accessoires non prévus aux ententes ou non inclus aux règlements.
-
- 1980-1990
- Le gouvernement du Québec restreint graduellement la couverture publique de certains tests diagnostiques lorsqu'ils sont effectués en dehors des hôpitaux (exemples : échographie, tomographie et IRM).
-
- 2005
- La Cour Suprême du Canada rend sa décision dans l'affaire Chaoulli. Elle déclare inopérante l'interdiction faite à l'industrie de l'assurance privée de vendre au Québec des assurances qui dupliquent l'assurance publique universelle. Ainsi, le législateur ne peut pas interdire de contracter une assurance privée lorsque le régime public ne peut assurer que les traitements sont disponibles en temps opportun.
-
- 2006
- Amendement à la LSSSS au Québec (projet de loi n° 33). La loi balise certains éléments à la suite de l'arrêt Chaoulli. Ce projet de loi modifie par ailleurs la LAM afin de prévoir la possibilité pour une personne de conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services assurés requis pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi. Les produits d'assurance autorisés concernent les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte.
 - On introduit les CMS et on interdit aux médecins participants de travailler dans le même centre médical que des médecins non participants. Cette interdiction ne s'applique qu'aux CMS.
 - Adoption d'une Entente-cadre sur la rémunération des médecins spécialistes, du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2010, entre la FMSQ et le gouvernement du Québec.
-
- 2007
- À la suite de la parution d'articles de presse sur des cliniques médicales, Rockland MD et Opmédic Laval, qui proposent des services assurés mais réclament le paiement de frais de fonctionnement, le ministre de la Santé demande à la RAMQ de faire une enquête.
 - Le ministre requiert également de la RAMQ qu'elle informe les médecins pratiquant dans ces cliniques des nouvelles exigences prévues par le projet de loi n° 33, notamment celles touchant l'étanchéité entre les médecins participants et non participants au régime public.
 - Les médecins sont autorisés à exercer leur profession sous le couvert de sociétés par actions.
 - Entrée en vigueur de l'article 22.0.0.1 de la LAM, qui exige la production d'une facture détaillée lorsque des frais sont perçus auprès des personnes assurées. Les forfaits annuels visant la fourniture éventuelle de services non assurés, ou encore de services, de matériel et de frais accessoires à un service assuré, sont dès 2008 considérés comme illégaux par la RAMQ.
 - Dépôt du rapport du Comité de travail sur les frais accessoires (rapport Chicoine).
-

-
- 2008
- Dépôt du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par Claude Castonguay, qui s'intitule *En avoir pour notre argent – Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*.
 - Modifications au Code de déontologie des médecins du Québec, afin de restreindre les pratiques nuisant à l'indépendance (octroi d'avantages matériels ou financiers aux médecins : loyers payés en tout ou en partie par les pharmaciens ou par les bannières pharmaceutiques).
-
- 2011
- Dépôt d'un recours collectif en Cour supérieure par André Lavoie, au nom des personnes souffrant de dégénérescence maculaire qui ont payé des frais accessoires pour des injections intravitréennes de médicaments. Le recours vise le Procureur général du Québec (pour le MSSS), la RAMQ, 9 cliniques et 11 médecins ophtalmologistes. *Recours n° 500-06-000569-117*.
 - Renouvellement de l'Entente-cadre entre la FMSQ et le gouvernement du Québec. D'une durée de cinq ans, mais s'étendant jusqu'en 2016-2017, cette entente prévoit une augmentation paramétrique de l'ordre de 6 %, à laquelle s'ajoute une enveloppe de 251 millions de dollars qui servira à la mise en place de mesures ciblées visant l'amélioration et l'accessibilité aux soins pour la population.
 - Mise en place d'une unité d'inspection à vocation préventive et éducative portant sur les pratiques de facturation de frais aux personnes assurées à la RAMQ.
-
- 2013
- La Cour supérieure approuve une entente entre les parties qui met fin au recours collectif intenté en 2011. L'entente prévoit que le MSSS, par l'entremise de la RAMQ, verse un montant fixe de 115 \$, incluant les frais, les intérêts et les indemnités pour chacune des injections reçues, pourvu que les frais payés ne correspondent pas au coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés. La période couverte s'étend de mai 2008 à mai 2011.
-
- 2014
- Dépôt à la Cour supérieure d'une demande d'autorisation d'un recours collectif par Philippe Léveillé, amendée le 30 juin 2015, au nom des personnes assurées ayant « déboursé une somme d'argent à la suite d'une facturation illégale de la part d'un médecin, d'un optométriste ou d'une clinique sous guise de frais payés pour des médicaments et agents anesthésiques administrés à l'occasion d'un acte assuré, ou qui ont reporté ou arrêté une intervention prévue après avoir été informés des frais qui leur seraient imposés ». Le recours vise le Procureur général du Québec (pour le MSSS), la RAMQ, 74 cliniques et 39 médecins. *Recours n° 500-06-000695-144*.
 - Dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi n° 20, *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*, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette.
-

-
- 2015
- Entrée en vigueur du nouveau Code de déontologie des médecins du Québec, à l'exception des articles 73(1) et 79, qui concernent l'indépendance et le désintéressement.
 - La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles lance un registre des frais accessoires et invite le public à y rapporter les frais facturés lors de consultations médicales.
 - Le ministre de la Santé et des Services sociaux décrète que l'entrée en vigueur des articles 73(1) et 79, prévue le 7 juillet, est reportée à une date indéterminée. Il annonce également qu'il a l'intention d'encadrer les frais accessoires facturés aux personnes assurées par le biais d'un amendement au projet de loi n° 20.
 - Plusieurs associations dénoncent la volonté du ministre de baliser les frais accessoires par le biais d'un amendement au projet de loi n° 20.
 - Le Protecteur du citoyen publie l'Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux, à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la santé et des services sociaux. Le 5 octobre, face à la réaction du ministre, qui affirme l'impossibilité pour le gouvernement de couvrir les frais accessoires sans augmenter les impôts, le Protecteur du citoyen publie un avis complémentaire qui précise sa position eu égard au financement de ces frais.
 - Dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 20, la Commission de la santé et des services sociaux adopte l'amendement, déposé par le ministre le 30 septembre. Cet amendement modifie la LAM :
 - « L'article 22 de cette loi est modifié :
 - « 1° par le remplacement des neuvième et dixième alinéas par les suivants :
 - « Aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé. Constituent notamment de tels frais ceux liés :
 - « 1° au fonctionnement d'un cabinet privé de professionnel ou d'un centre médical spécialisé au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2);
 - « 2° aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostic se rapportant à un tel service;
 - « Ne constituent pas de tels frais ceux liés à des services non considérés comme assurés requis avant, pendant ou après la dispensation d'un service assuré;
 - « Il est de plus interdit de rendre, directement ou indirectement, l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une personne assurée, ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à un tel service moyennant paiement;
 - « Malgré les interdictions énoncées aux neuvième et onzième alinéas, le gouvernement peut, par règlement, prescrire des cas et des conditions dans lesquels un paiement est autorisé. [...] ».
 - Adoption du projet de loi n° 20.
-
- 2016
- Dépôt du projet de loi n° 92 visant à accroître les pouvoirs de la RAMQ et modifiant diverses dispositions législatives.
-

Annexe 4 Liste des coûts de fonctionnement du rapport Chicoine

Selon la FMOQ

- Médicaments, substances injectables et stérilet
- Matériel et fournitures nécessaires pour effectuer des tests diagnostiques sur le sang, l'urine et les sécrétions (test de grossesse, test d'urine, glycémie capillaire, prélèvements microbiologiques)
- Matériel et instruments requis pour effectuer des épreuves fonctionnelles (ÉCG, MAPA, épreuve de fonction respiratoire, audiométrie, *non-stress test*)
- Accessoires médicaux qui peuvent faire l'objet d'une location (béquilles)
- Instruments requis pour effectuer diverses techniques médicales dans un contexte facultatif (scopies, biopsies utérine ou cutanée, vasectomie, avortement)
- Matériel associé au fait d'effectuer des examens physiques et des traitements courants en cabinet (spéculum vaginal, anoscope, seringue, aiguille, sonde vésicale, pansement)
- Instruments et matériel requis pour effectuer diverses techniques médicales dans un contexte urgent (pince, porte-aiguille, matériel de suture, attelle préfabriquée d'immobilisation ou matériel pour confectionner attelle, éponge ou mèche pour tamponnement d'épistaxis)

Selon la FMSQ

- Médicaments et agents anesthésiques utilisés
- Fourniture, utilisation ou entretien de matériel ou d'équipement médical, dont :
 - spéculum, curette, seringue, aiguille, suture
 - pansement, bandage, *taping*, bas élastique
 - plâtre, attelle
 - stérilet, diaphragme, prothèse
 - plateau chirurgical, champ stérile, sonde
 - équipement diagnostique ou thérapeutique
- Gestion administrative du dossier du patient, dont :
 - appel téléphonique
 - service de livraison, transmission ou messagerie
 - frais annuels d'ouverture ou de gestion
- Services fournis par le personnel médical auquel le médecin confie l'exécution de certaines tâches
- Services non médicaux assurés par le médecin ou un membre du personnel et qui peuvent, sur une base autonome, faire l'objet d'une réclamation d'honoraires au patient

Annexe 5 Description des modèles d'organisation ou d'affaires

Modèle d'organisation des services	Description
GMF	Un GMF est un regroupement volontaire de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Les GMF sont créés en vertu d'un programme ministériel qui, à la suite d'une accréditation, bénéficie d'un soutien financier et professionnel.
Clinique-réseau	Une clinique-réseau est un regroupement de médecins résultant de l'initiative de certaines régions et qui obtient un soutien financier du ministère. Elle fournit notamment des services diagnostiques et des consultations auprès de spécialistes que ne peuvent offrir les GMF. En outre, elle assume un rôle de coordination et de liaison avec le centre de santé et de services sociaux du territoire sur lequel elle est située.
CMS	Un CMS est tout lieu aménagé hors d'une installation maintenue par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux pour y donner tous les services médicaux nécessaires pour effectuer une arthroplastie de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du ministre après consultation auprès du Collège des médecins du Québec. Les médecins œuvrant dans les CMS doivent être soit tous participants au régime public, soit tous non participants.
Clinique médicale associée	Une clinique médicale associée est un centre médical spécialisé, un cabinet privé ou un laboratoire ayant conclu une entente d'association avec un établissement qui exploite un centre hospitalier. Les médecins de ce type de clinique doivent être participants au régime d'assurance maladie du Québec et être titulaires d'une nomination leur permettant d'exercer leur profession dans un centre hospitalier exploité par un établissement auquel cette clinique est associée. Les services fournis dans le cadre de l'entente s'adressent aux usagers de l'établissement qui exploite le centre hospitalier. Un CMS qui conclut une telle entente est désigné CMSA (centre médical spécialisé associé).
Laboratoire d'imagerie médicale	Un laboratoire d'imagerie médicale est un lieu, hors d'une installation maintenue par un établissement, où les radiologistes effectuent des examens d'IRM ou d'imagerie médicale par radiologie aux fins de prévention et de diagnostic.
Modèle d'affaires	Description
Coopérative santé	Une coopérative santé est une personne morale regroupant des personnes qui ont des besoins communs. En vue de satisfaire ceux-ci, ces personnes s'associent pour exploiter une entreprise constituée en vertu de la <i>Loi sur les coopératives</i> . Les membres doivent obligatoirement déboursier un montant initial pour des parts sociales. La cotisation annuelle pour défrayer les frais d'exploitation n'est pas obligatoire selon la <i>Loi sur les coopératives</i> , mais peut le devenir par un règlement adopté par le conseil d'administration de la coopérative. Les montants recueillis permettent de payer les frais de gestion de la coopérative, dont des frais de fonctionnement de la clinique médicale.

Annexe 6 Catégories et suppléments des actes analysés

À la suite des consultations récentes du ministre, les fédérations ont identifié la liste des actes susceptibles de faire l'objet d'une facturation aux patients en clinique. Voici certaines précisions sur ces actes.

	Médecins omnipraticiens	Médecins spécialistes
État de la situation	166 actes répartis dans 12 catégories de soins	245 actes répartis dans 10 catégories de soins
Exclusions	<p>Aux fins de comparaison avec les actes réalisés en établissement, nous avons exclu de nos analyses</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 13 actes dont la tarification est exclusivement en clinique ■ 4 dont la tarification n'était pas encore établie 	<p>Aux fins de comparaison avec les actes réalisés en établissement, nous avons exclu de nos analyses</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 6 actes dont la tarification est exclusivement en clinique
Catégories	<p>La majorité des actes analysés est incluse dans les 3 catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 43 % : actes reliés au traitement de la peau (chirurgies mineures surtout), dont le tarif prévu aux ententes varie de 18,35 à 271,45 dollars ■ 19 % : actes reliés à l'appareil musculo-squelettique (fracture ou immobilisation), dont le tarif prévu varie de 27,60 à 322,70 dollars ■ 11 % : actes diagnostiques ou thérapeutiques, (tels que des actes techniques ou des épreuves de laboratoire), dont le tarif prévu varie de 5,65 à 53,50 dollars 	<p>La majorité des actes analysés est incluse dans les 2 catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 43 % : actes diagnostiques ou thérapeutiques, dont le tarif en clinique prévu aux ententes varie de 5 à 1 900 dollars ■ 40 % : actes reliés à l'appareil visuel (tels que la chirurgie de la cataracte ou l'injection intravitréenne), dont le tarif en clinique prévu aux ententes varie de 13,50 à 884 dollars <p>Parmi les actes analysés, aucun n'a trait à des services de radiologie</p>
Ententes	<p>Différents montants pour assumer une partie des frais sont déjà accordés en raison des ententes actuelles. Ce supplément peut être</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ inclus directement dans le tarif ■ couvert par un modulateur (comme dans le cas de la vasectomie) ■ prévu dans un autre code (comme dans le cas de l'avortement) 	<p>Aucun des actes ciblés n'a de supplément en clinique de façon exclusive :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 43 ont un supplément en établissement seulement pour certains médecins ■ 5 ont un supplément en établissement et en clinique ■ 193 n'ont pas de supplément ni en établissement ni en clinique. Parmi ceux-ci, 47 sont mieux tarifés en clinique

Annexe 7 Délais d'attente et tests réalisés en 2014-2015

Régions sociosanitaires	Pourcentage d'exams électifs en attente depuis plus de 90 jours en établissement			Nombre d'exams réalisés annuellement en clinique entre 2013 et 2015 ¹			Nombre d'exams électifs réalisés annuellement en établissement		
	Échographie	TDM	IRM	Échographie	TDM	IRM	Échographie	TDM	IRM
01 – Bas-Saint-Laurent	47,7	28,9	16,3	Aucune offre			38 148	25 553	10 911
02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean	53,4	18,8	26,6	n.d.	-	2 500	43 711	33 106	18 261
03 – Capitale-Nationale	9,0	13,9	47,6	n.d.	3 098	7 581	52 643	26 772	19 265
04 – Mauricie et Centre-du-Québec	24,1	1,7	29,4	n.d.	-	3 050	89 215	78 437	20 234
05 – Estrie	24,8	29,4	78,5	n.d.	-	-	14 705	3 761	2 167
06 – Montréal	47,7	15,7	62,1	n.d.	10 409	23 029	341 113	153 503	91 222
07 – Outaouais	35,2	9,4	n.d.	n.d.	-	2 250	11 523	7 347	n.d.
08 – Abitibi-Témiscamingue	8,4	-	27,0	Aucune offre			30 133	16 885	4 353
09 – Côte-Nord	59,9	38,6	55,5	Aucune offre			14 921	6 976	3 364
10 – Nord-du-Québec	-	-	n.d.	Aucune offre			2 483	1 174	n.d.
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	39,7	23,9	32,9	Aucune offre			15 338	8 683	2 547
12 – Chaudière-Appalaches	25,6	13,3	31,5	n.d.	-	-	50 604	28 066	15 452
13 – Laval	44,7	7,0	37,0	n.d.	2 934	5 026	27 913	14 560	5 251
14 – Lanaudière	41,5	40,7	46,1	n.d.	-	-	31 301	16 482	5 826
15 – Laurentides	63,7	14,5	55,8	n.d.	-	3 391	43 106	33 996	12 470
16 – Montérégie	49,4	29,9	39,5	n.d.	4 773	11 959	60 996	31 537	18 007
Ensemble du Québec	41,7	19,7	50,3	250 000²	21 214	58 786	867 853	486 838	229 330
Tarif moyen (\$)	s. o.	s. o.	s. o.	146	304	742	s. o.	s. o.	s. o.
Estimation du montant facturé (M\$)	s. o.	s. o.	s. o.	36,5	6,4	43,6	s. o.	s. o.	s. o.

1. Nombre d'exams d'IRM et de TDM réalisés annuellement déclarés par les laboratoires d'imagerie médicale dans le cadre de leur demande de renouvellement de permis transmise au MSSS entre 2013 et 2015. Ces données ne sont pas disponibles pour l'échographie puisque les laboratoires n'ont pas à les déclarer au MSSS.

2. Estimation du MSSS pour le nombre d'échographies (excluant celles obstétricales) réalisées en clinique en 2014-2015.

Annexe 8 Processus de remboursement et de recouvrement

