

Chapitre 2

Ministère de la Santé

Assurance-maladie

Paiements aux médecins

Contenu

Points principaux	11
Recommandations	22
Conclusion.....	23
Contexte du programme d'Assurance-maladie.....	29
Introduction aux constatations.....	33
Points saillants : Fonctions de vérification et d'application.....	37
Points saillants : Rémunération des médecins et présentation de rapports destinés au public.....	44

Ministère de la Santé

Assurance-maladie

Paiements aux médecins

Points principaux

L'objectif de notre travail

2.1 L'Assurance-maladie a une incidence considérable sur la vie des gens du Nouveau-Brunswick. Au cours de l'exercice 2010-2011 (2011), environ 1 873 médecins ont été rémunérés dans le cadre de ce programme. En 2011, les dépenses d'Assurance-maladie ont été légèrement supérieures à un demi-milliard de dollars (553,3 millions de dollars). Ce montant représente 22,3 % des dépenses du ministère de la Santé qui se sont élevées à environ 2,5 milliards de dollars. L'Assurance-maladie représente l'un des plus coûteux programmes gouvernementaux, affichant une croissance continue.¹

2.2 L'objectif de notre travail était de : *déterminer si le ministère de la Santé (le ministère) maximise ses recouvrements de paiements erronés d'Assurance-maladie versés aux médecins, par l'entremise de la fonction de vérification des praticiens.*

2.3 La fonction de vérification est très importante pour plusieurs raisons, y compris les suivantes :

- En plus de surveiller la conformité avec la loi, les ententes et les politiques et de relever les paiements incorrects à recouvrer, une solide fonction de vérification a un effet dissuasif pour les médecins qui facturent de manière inappropriée l'Assurance-maladie.
- Le système de paiements à l'acte est fondé sur le régime de confiance. Il incombe aux médecins de soumettre avec précision les factures pour les services à l'acte. Il n'est pas pratique pour l'Assurance-maladie de confirmer que les patients ont reçu les services médicaux avant de payer les factures. Tout système de

¹ Source des données : Province du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2010-2011, ministère de la Santé*, septembre 2011, page 95.

ce genre comporte un risque inhérent de factures erronées ou inappropriées. Ce risque inhérent peut être atténué au moyen de mécanismes de contrôle sur les paiements, d'une surveillance continue et de la vérification.

2.4 Nous avons trouvé que l'étendue de la vérification des paiements aux médecins était incomplète (que nous abordons dans la section intitulée « Fonctions de la vérification et de l'application »). Pour cette raison, nous présentons des observations sur les différents types de paiements aux médecins (paiements à l'acte, salaire, paiements à la vacation). Nous traitons également de la rémunération des médecins présentée dans les rapports destinés au public dans la deuxième section intitulée « Rémunération des médecins et présentation de rapports destinés au public ».

2.5 Les observations sur les paiements aux médecins visent à souligner les éléments exceptionnels qui, selon notre opinion professionnelle en tant qu'auditeurs, pourraient justifier une enquête plus approfondie par le ministère (c'est-à-dire par l'unité de vérification ou d'autres groupes de surveillance au sein du ministère). Cependant, nous n'avons pas entrepris de telles enquêtes dans le cadre de notre travail.

2.6 Les médecins jouent un rôle vital dans le programme d'Assurance-maladie et ils sont essentiels dans la prestation de soins de santé dans notre province. Il importe de souligner que notre travail ne visait aucunement à évaluer la qualité des services dispensés par les médecins.

2.7 Nous avons reçu l'entière collaboration du ministère au cours de notre travail. Il y a eu un cas où nous avons demandé un avis juridique que le ministère ne nous a pas donné; cependant, cette situation a eu une incidence minimale sur nos constatations. Nous sommes heureux de vous informer qu'au cours de notre travail il y a eu des cas pour lesquels nous avons communiqué verbalement nos constatations et le ministère a pris des mesures correctives immédiates.

Faits saillants

2.8 *L'Assurance-maladie rémunère les médecins de trois façons différentes :*

- 1) Paiement à l'acte – un paiement est versé pour chaque service dispensé par le médecin (c'est-à-dire semblable

à du travail à la pièce)

- 2) Salaire – une rémunération annuelle fixe conformément à une entente provinciale, soit le plan de Rémunération du personnel médical (RPM)
- 3) Paiement à la vacation – un tarif horaire selon les heures de services dispensés.

Bon nombre de médecins sont rémunérés selon plus d'une de ces méthodes.

2.9 *Les paiements d'Assurance-maladie versés à certains médecins paraissent élevés lorsqu'on les compare aux prévisions budgétaires.* L'information fournie par le ministère pour 2011 montrait ce qui suit :

- Seize médecins ont été payés plus de 1 million de dollars chacun. Le médecin le mieux rémunéré par l'Assurance-maladie en 2011 a été un ophtalmologiste qui a reçu 1 652 786 \$.
- 219 des 1 873 médecins (12 %) ont été payés plus d'un demi-million de dollars chacun.
- 826 des 1 873 médecins (44 %) ont été payés plus de 300 000 \$ chacun. Veuillez noter que si on exclut les médecins dont la rémunération est inférieure à 100 000 \$ (médecins à temps partiel), ce pourcentage augmente à 56 %.

2.10 Selon le ministère, les chiffres suivants ont été utilisés lors de la préparation du budget de 2011.
[Traduction] « *La rémunération moyenne estimative d'un omnipraticien était de 291 418 \$ et celle d'un spécialiste de 420 977 \$ (cette dernière moyenne représente la rémunération moyenne de toutes les spécialités).* » Étant donné ces chiffres, nous estimons qu'une rémunération supérieure aux montants précités devrait être considérée comme élevée.

2.11 *Seulement une partie des paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins sont vérifiés.* Bien que le ministère ait le pouvoir de vérifier tous les paiements d'Assurance-maladie, seulement certains types de paiements aux médecins le sont. Une partie des paiements à l'acte sont vérifiés. Toutefois, les paiements pour la radiologie, les salaires et les paiements à la vacation versés aux médecins ne sont pas vérifiés. Au moment d'effectuer notre travail, seulement 53 % des paiements d'Assurance-maladie ont fait l'objet d'une vérification.

2.12 Nous estimons que, même s'il peut s'avérer difficile de vérifier certains types de paiements d'Assurance-maladie, compte tenu du volume de paiements en cause, d'autres méthodes de vérification devraient être étudiées afin que tous les types de paiements (100 %) soient inclus dans la population de vérification.

2.13 *La surveillance des paiements d'Assurance-maladie aux médecins est inadéquate.* Le ministère n'effectue pas de surveillance de la rémunération des radiologistes. La surveillance des paiements à l'acte et des paiements versés aux médecins salariés laisse à désirer.

2.14 Nous estimons que le ministère devrait élaborer, documenter, attribuer et mettre en œuvre des procédures de surveillance appropriées pour tous les paiements d'Assurance-maladie (paiements à l'acte, salaire, paiements à la vacation), y compris le plafond et le « compte de groupe d'appel » pour les paiements à l'acte versés aux médecins salariés.

2.15 *La présentation de la rémunération des médecins dans les rapports destinés au public est incomplète et trompeuse.* Il n'y a pas de rapport public sur le total des paiements versés aux médecins individuels dans le cadre du programme d'Assurance-maladie. Actuellement, seulement certains médecins sont mentionnés dans des rapports destinés au public. Pour bon nombre de ces médecins, seulement une partie de leur rémunération est présentée. Le ministère a indiqué que seulement certains médecins salariés étaient mentionnés dans les rapports destinés au public, et que les paiements à l'acte ne l'étaient pas. Présenter dans des rapports destinés au public seulement certains paiements d'Assurance-maladie versés à certains des médecins représente une présentation incomplète et pourrait être trompeuse pour les lecteurs.

2.16 Pour que le ministère démontre une reddition de comptes adéquate pour plus d'un demi-milliard de dollars de dépenses annuelles, nous estimons que la ventilation de ces dépenses devrait faire l'objet de rapports destinés au public et soumis à l'examen de ce dernier. Même si une modification législative est requise, le ministère devrait présenter dans des rapports destinés au public la rémunération totale de chaque médecin, peu importe qu'il ou elle soit rémunéré par paiements à l'acte, salaire, paiements à la vacation ou autres modes de rémunération. (Cette divulgation serait semblable à celle que le

gouvernement fait pour la rémunération des employés et les paiements aux fournisseurs.) En outre, pour assurer une meilleure reddition de comptes, le ministère devrait présenter dans des rapports annuels destinés au public des données sommaires sur la rémunération des médecins, telles que les suivantes : total des paiements pour chaque méthode de rémunération (paiements à l'acte, salaire, paiements à la vacation, autres modes – pièce 2.4), rémunération des médecins par échelle monétaire (pièce 2.7), rémunération des médecins par spécialité (pièce 2.8), etc.

2.17 La fonction de vérification possède plusieurs forces, notamment :

- Il existe un pouvoir de vérification approprié, qui est documenté et communiqué de manière claire aux médecins.
- Des ressources sont affectées à la fonction de vérification. Les nouveaux membres du personnel reçoivent de la formation en cours d'emploi.
- Un plan de vérification par écrit oriente le travail de l'unité. Le plan de travail annuel comprend le plan de vérification. L'unité de vérification remet un rapport trimestriel au directeur.
- Des politiques et procédures écrites orientent l'unité de vérification.

2.18 Nous estimons que l'existence d'une unité de vérification au sein du programme d'Assurance-maladie est un appui positif et très approprié compte tenu de l'ampleur et la complexité du programme. Les forces de la fonction de vérification actuelle offrent un bon point de départ.

2.19 La fonction de vérification présente plusieurs faiblesses importantes, qui comprennent les suivantes :

- *L'étendue de la vérification est limitée* en ce qui concerne les paiements d'Assurance-maladie.
- *Les médecins les mieux rémunérés ne sont pas tous examinés ou vérifiés.* Nous estimons que le ministère devrait déceler les médecins qui reçoivent une rémunération élevée de l'Assurance-maladie ainsi que les médecins qui ont une rémunération de beaucoup supérieure à la moyenne de leur spécialité. Leur rémunération devrait être examinée pour en déterminer le caractère raisonnable et la vérifiée si elle s'avère

suspecte.

- **Les recouvrements de paiements inappropriés sont faibles.** La moyenne des recouvrements annuels pour la période de dix exercices allant de 2002 à 2011 a été de 72 581 \$. Les recouvrements établis par l'unité de vérification varient de 4 492 \$ pour l'exercice 2009 à 312 143 \$ au cours de l'exercice 2011.

Pour 2011, les recouvrements de 312 143 \$ découlant des vérifications sont négligeables par rapport aux dépenses d'Assurance-maladie de 553 millions de dollars. Le plan de vérification de l'Assurance-maladie de 2012-2013 prévoit des recouvrements de 3,21 millions de dollars (excluant les recouvrements de TSNB [Travail sécuritaire NB]). Le plan est fondé sur une équipe de vérification de cinq membres.

- **Nous avons relevé des inefficacités** dans la sélection des projets de vérification, le temps prévu pour les recouvrements, l'organisation de l'information électronique et le temps consacré par les vérificateurs à des tâches administratives.

Nous estimons que le ministère devrait former le personnel et trouver ou élaborer des rapports d'anomalies au besoin afin de mettre en œuvre une stratégie de vérification axée sur les risques.

- **Les modifications apportées aux recouvrements légitimes sapent la crédibilité de la vérification.** (Parfois, les recouvrements établis par la vérification n'ont pas été recouverts, et parfois les recouvrements qui ont été perçus des médecins leur ont été remboursés.)

Nous estimons qu'il devrait y avoir des procédures écrites pour l'autorisation, le traitement, l'enregistrement et l'examen de la reprise et du remboursement des recouvrements. Il devrait également exister un journal des reprises et des remboursements de recouvrements pour en faciliter le suivi et la divulgation.

- **Les rapports de performance de la fonction de vérification sont limités.** À notre avis, le ministère devrait présenter dans un rapport destiné au public la performance réelle de son unité de vérification par rapport aux objectifs de recouvrements et justifier les écarts. De tels renseignements sur la performance

devraient faire partie du rapport annuel du ministère.

2.20 Les recouvrements d'Assurance-maladie inappropriés ayant trait aux factures de Travail sécuritaire NB (TSNB) sont importants. Nous utilisons le terme « recouvrements de TSNB » pour des paiements d'Assurance-maladie inappropriés (pour des services reliés aux blessures en milieu de travail couverts par TSNB), qui sont recouverts des médecins. Les renseignements fournis par le ministère montrent que les recouvrements d'Assurance-maladie relatifs aux factures de TSNB se sont élevés à plus d'un demi-million de dollars (503 025 \$) au cours de l'exercice 2009 et qu'ils ont dépassé 400 000 \$ au cours des exercices 2006 et 2010.

2.21 Voici d'autres observations en ce qui touche les paiements d'Assurance-maladie à l'égard des factures de TSNB :

- ***Le processus actuel pour relever les recouvrements de TSNB est inefficace*** parce que c'est un examen manuel trimestriel d'environ 25 000 pages de renseignements qu'effectue l'unité de vérification. Nous avons discuté de ces inefficiences avec le personnel du ministère. La direction a convenu qu'elle devait réviser le processus pour déterminer et recouvrer les montants relatifs aux factures de TSNB et mettre en œuvre des changements en vue d'améliorer le processus.
- ***Certains médecins facturent à la fois l'Assurance-maladie et TSNB pour le même service.*** Nous estimons qu'il est inapproprié de facturer deux parties pour le même service. Nous estimons que le ministère devrait prendre des mesures correctives immédiates pour interdire aux médecins de facturer deux parties pour le même service.

2.22 L'application de la conformité des médecins avec la loi et les politiques ministérielles qu'effectue le ministère a besoin d'être renforcée. La loi et les politiques établissent les règles pour les programmes; les procédures en matière de surveillance et de vérification de la conformité avec les règles; et l'application pour assurer la conformité avec les règles. Nous avons constaté que l'application laissait à désirer comme suit :

- ***Le ministère n'a pas de politique en matière d'application*** pour l'Assurance-maladie ni de

procédures écrites à cet égard.

- ***Nous avons relevé des cas*** où les mesures d'application mises en œuvre par le ministère laissaient à désirer.
- ***Il n'y a pas de conséquence en cas de surfacturation de l'Assurance-maladie.*** Bien que la Loi autorise le ministère à révoquer les privilèges de facturation d'un médecin, le ministère nous a informé qu'il n'a jamais pris une telle mesure. Le ministère n'a pas recours à des sanctions, comme réclamer des frais d'intérêt ou imposer des amendes.

2.23 Nous estimons que le ministère devrait appliquer la loi en vigueur qui lui permet d'établir une série de sanctions progressives qui pourrait dissuader un médecin de facturer de façon injustifiée. Il devrait y avoir des conséquences lorsqu'un médecin présente répétitivement des factures inappropriées. Des conséquences telles que des amendes, des sanctions ou des frais d'intérêt sur les trop-payés pourraient décourager la facturation inappropriée. En outre, le personnel a besoin de procédures claires écrites pour lui permettre de mettre en œuvre des mesures d'application en toute confiance sans risque d'interférence.

2.24 *Le Comité de revue professionnelle (CRP) est actif.*
Le CRP a été créé en 1972 en vue de protéger les intérêts du public, de la profession et du gouvernement dans le fonctionnement de l'Assurance-maladie. Le CRP est exigé par la loi et il possède des pouvoirs importants. Il est composé de cinq médecins sélectionnés par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et nommés par le ministre. Nous avons constaté que le CRP est doté d'un mandat écrit et qu'il est reconnu comme étant actif. Les membres du comité se sont réunis de deux à six fois par année au cours des douze années de 2000 à 2011.

2.25 Voici d'autres observations au sujet du CRP :

- ***Le CRP a l'occasion d'accroître sa valeur.*** Nous estimons que le CRP a l'occasion d'accroître sa valeur auprès du ministère en révisant les analyses des facturations de l'Assurance-maladie et en formulant des commentaires à l'unité de vérification. Comme mentionné dans la Loi, cet examen pourrait faire ressortir des domaines où des services inappropriés ou inutiles ont été facturés ou le cahier des tarifs a été

utilisé à mauvais escient. Les deux situations pourraient engendrer des recouvrements, directement ou indirectement par la recommandation d'une vérification. Comme le CRP a besoin de se réunir qu'environ cinq fois par année pour examiner les cas de vérification, d'autres réunions mensuelles pourraient se tenir pour examiner et analyser les pratiques de facturation.

Nous avons discuté de cette suggestion avec les membres du CRP qui ont été très réceptifs à l'idée de pouvoir accroître la valeur du comité auprès du ministère en analysant les pratiques de facturation et en formulant des recommandations au sujet de l'abus possible du cahier des tarifs.

- ***Le CRP ne présente pas de rapport annuel*** au ministre comme l'exigent son mandat et son manuel d'orientation.

2.26 *Les paiements à l'acte versés par l'Assurance-maladie aux médecins* – Les paiements à l'acte versés aux médecins se sont élevés à plus de 351 millions de dollars en 2011, ce qui représente 64 % du total des dépenses d'Assurance-maladie. Le ministère a mentionné dans son *Rapport annuel 2010-2011* qu'il y avait 1 060 médecins.

2.27 *Les paiements à l'acte versés à bon nombre de médecins semblent être élevés par rapport aux prévisions budgétaires.* Les renseignements fournis par le ministère pour l'exercice 2011 montrent ce qui suit :

- Il y a eu 13 médecins qui ont reçu des paiements à l'acte dépassant 1 million de dollars chacun.
- Il y a eu 145 médecins qui ont reçu des paiements à l'acte dépassant 500 000 \$ chacun.
- Il y a eu 409 médecins (25 %) qui ont reçu des paiements à l'acte dépassant 300 000 \$ chacun. Veuillez noter que si on exclut les médecins qui ont reçu des paiements d'Assurance-maladie inférieurs à 100 000 \$ (médecins qui travaillent à temps partiel ou une partie de l'année), ce pourcentage augmente à 47 %.

2.28 *Les paiements d'Assurance-maladie aux radiologistes* – Les radiologistes sont des médecins qui utilisent l'imagerie diagnostique (radiographie, etc.) pour diagnostiquer des affectations et traiter les patients. Bien que leur rémunération soit financée en vertu d'une entente

de paiements à l'acte, le processus de paiement diffère de celui pour les autres médecins payés à l'acte. Les radiologistes sont payés par la Régie régionale de la santé (RRS) pour laquelle ils travaillent. La RRS facture ensuite l'Assurance-maladie pour recouvrer ces paiements. En 2011, le total des paiements aux radiologistes s'est élevé aux environs de 45 millions de dollars.

2.29 Le total des paiements versés à certains radiologistes semble être élevé par rapport aux autres spécialités.

Les renseignements fournis par le ministère pour l'exercice 2011 montrent ce qui suit :

- Il y a eu 68 radiologistes qui ont été rémunérés régulièrement.
- Cinq radiologistes ont été payés plus d'un million de dollars chacun.
- Le radiologiste qui a eu la rémunération de l'Assurance-maladie la plus élevée a reçu 1 430 121 \$. Le même radiologiste a été payé 6,3 millions de dollars sur une période de cinq exercices.
- Il y a eu 45 radiologistes (66 %) qui ont été payés plus d'un demi-million de dollars chacun.
- La médiane pour une zone a été de 821 863 \$, ce qui veut dire que quatre des neuf radiologistes dans cette zone ont reçu des paiements dépassant 821 863 \$, et quatre des neuf radiologistes dans cette zone ont reçu des paiements inférieurs à 821 863 \$.

Le personnel du ministère a convenu que les paiements aux radiologistes semblaient être élevés par rapport aux autres spécialités.

2.30 Voici d'autres observations au sujet des radiologistes :

- **La plupart des factures présentées par les radiologistes ne font pas l'objet de contrôles des paiements réguliers.** Le projet de 1998 du ministère pour automatiser la facturation des radiologistes progresse lentement.
- **Le ministère ne recouvre pas les coûts de l'Assurance-maladie liés à la radiologie** parce que des renseignements importants au sujet des factures ne sont pas disponibles au sein du ministère.
- **Le ministère n'exerce pas de surveillance** de la rémunération des radiologistes.
- **Les factures actuelles de radiologie ne respectent pas le Manuel des médecins** et les règlements.

2.31 Les pratiques de facturation actuelles des radiologistes comportent des risques importants et peuvent entraîner une perte de recouvrements importants de paiements erronés. Nous estimons que les radiologistes devraient être tenus de facturer en utilisant le système automatisé de l'Assurance-maladie comme tous les autres médecins rémunérés à l'acte. Le manque de renseignements, de contrôles, de surveillance et de vérification des paiements aux radiologistes requiert des mesures immédiates.

2.32 *Les paiements d'Assurance-maladie aux médecins salariés* – Les salaires versés aux médecins ont dépassé 109 millions de dollars en 2011, ce qui représente 20 % du total des dépenses d'Assurance-maladie. Le ministère a mentionné dans son *Rapport annuel 2010-2011* qu'il y avait 489 médecins salariés.

2.33 *Les paiements d'Assurance-maladie versés à certains médecins salariés semblent être élevés par rapport à l'échelle salariale.* Les renseignements fournis par le ministère pour l'exercice 2011 montrent ce qui suit :

- Il y a un médecin qui a reçu des paiements salariaux supérieurs à 1 million de dollars.
- Il y a eu 11 médecins qui ont reçu des paiements salariaux dépassant 500 000 \$ chacun.
- Il y a eu 136 médecins qui ont reçu des paiements salariaux excédant 300 000 \$.

2.34 *Voici d'autres observations au sujet des médecins salariés :*

- *Les contrats avec les médecins salariés ne sont pas tous déposés auprès du ministère.* En date de juin 2012, le ministère avait reçu environ 84 % des contrats.
- *L'exigence de la facturation pro forma n'est pas respectée* par tous les médecins salariés. Bien que [Traduction] « *la facturation pro forma a toujours été une exigence pour les médecins salariés* »², le ministère n'en a pas assuré l'application. En janvier 2012, le ministère a effectué une analyse et établit que 80 % des médecins visés par l'exigence préparaient une facturation pro forma.

2.35 Nous estimons que le ministère devrait élaborer, documenter, attribuer et mettre en œuvre des procédures

² Renseignements fournis par le ministère – Note de service du 8 octobre 2008 aux praticiens salariés.

de surveillance appropriées pour les médecins salariés. Les procédures de surveillance devraient inclure l'examen des contrats signés entre les RRS et le médecin afin d'assurer la conformité avec le plan de RPM. Nous estimons également que le ministère devrait poursuivre ses efforts pour surveiller la conformité avec l'exigence de la facturation pro forma et prendre les mesures contre les médecins qui ne la respectent pas.

2.36 *Les paiements à la vacation versés aux médecins par l'Assurance-maladie* se rapportent aux services désignés qui sont rémunérés sur une base horaire, comme pour les médecins travaillant dans des salles d'urgence ou travaillant à temps partiel dans un foyer de soins infirmiers ou dans une prison. Les paiements à la vacation versés aux médecins se sont élevés à peu près à 60 millions de dollars en 2011, ce qui représente 11 % du total des dépenses d'Assurance-maladie. Environ 250 médecins ont reçu des paiements à la vacation en 2011.

2.37 *Nous avons constaté des cas de non-conformité* avec la politique en matière de rémunération par vacations. Nous estimons donc que le ministère devrait examiner et surveiller les ententes de rémunération par vacations convenues avec les médecins en vue de s'assurer de la conformité avec la politique.

Recommandations

2.38 Nos recommandations au ministère ainsi que ses réponses à chacune d'elles sont présentées dans la pièce 2.1.

Conclusion

- 2.39** L'objectif de notre travail était de : *déterminer si le ministère de la Santé maximise ses recouvrements de paiements erronés d'Assurance-maladie versés aux médecins, par l'entremise de la fonction de vérification des praticiens*. Nous concluons que le ministère de la Santé ne maximise pas ses recouvrements de paiements erronés d'Assurance-maladie versés aux médecins, par l'entremise de la fonction de vérification des praticiens.
- 2.40** Bien que le ministère ait le pouvoir de vérifier tous les paiements d'Assurance-maladie, seulement certains types de paiements aux médecins le sont. (Une partie des paiements à l'acte sont vérifiés. Toutefois, les paiements à l'acte versés aux radiologistes, les salaires et les paiements à la vacation versés aux médecins ne sont pas vérifiés.) Nous avons constaté que la fonction de vérification présente plusieurs faiblesses qui, si elles sont corrigées, amélioreraient la capacité du ministère de maximiser ses recouvrements de paiements erronés d'Assurance-maladie versés aux médecins.
- 2.41** En plus de surveiller la conformité avec la loi, les ententes et les politiques et de relever les paiements erronés à recouvrer, une solide fonction de vérification a un effet dissuasif pour les médecins qui facturent de manière inappropriée l'Assurance-maladie. Nous estimons que le ministère a une occasion importante d'accroître les recouvrements découlant des vérifications ou de réaliser des économies pour le programme. L'élargissement de l'étendue du travail de l'unité de vérification pour englober tous les paiements d'Assurance-maladie, le recours à une stratégie de vérification axée sur les risques, le renforcement de la surveillance et de l'application et la résolution des autres questions soulevées dans le cadre de notre examen devraient aider le ministère à réaliser d'importantes économies pour le programme.

La Pièce 2.1 - Résumé des recommandations

2.1 Recommandations relatives aux paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins	
<i>Recommandation</i>	<i>Réponse du ministère</i>
<p>2.42 Nous recommandons que le ministère élabore un plan d'action, comprenant des étapes et des échéanciers précis, en vue de corriger les faiblesses que nous avons relevées dans notre travail. Le plan d'action devrait inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la surveillance de la rémunération des médecins, y compris toutes les méthodes de rémunération (paiements à l'acte, salaire, paiements à la vacation), du total des paiements ainsi que du plafond et du « compte de groupe d'appel » pour les médecins salariés. 	<p><i>Le Ministère a déjà pris les mesures suivantes pour améliorer la surveillance de tous les modes de rémunération :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>L'équipe anciennement dénommée « équipe de vérification de l'assurance-maladie » a été renommée « équipe de la surveillance et de l'assurance de la conformité » au cours de l'hiver 2012. Son effectif est passé de 3 à 6 personnes pour englober les fonctions de surveillance.</i> • <i>La Section des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie a embauché un membre du personnel au printemps 2012 afin de mieux contrôler le plafond pour les médecins salariés et les comptes de groupe pour les services d'appel des médecins salariés.</i> • <i>Une demande de modification a été proposée afin d'ajouter un changement au système automatisé qui permet de soumettre par voie électronique les demandes de paiement pour les services d'appel.</i> <p><i>Le Ministère prendra les mesures suivantes pour améliorer la surveillance de tous les modes de rémunération :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La Section des services assurés et de la rémunération des médecins examinera le processus de surveillance du compte de groupe pour les services d'appel des médecins salariés.</i> • <i>Un changement dans le système automatisé permettant de recevoir par voie électronique les demandes de paiement pour les services d'appel entrera en vigueur au printemps 2013.</i> • <i>Un mécanisme de signalement visant à surveiller le total des paiements versés aux médecins sur une base trimestrielle sera mis en œuvre en 2013-2014.</i> • <i>L'unité chargée de la surveillance et de l'assurance de la conformité incorporera la surveillance de tous les modes de rémunération dans le cadre de son processus de planification annuel.</i>

La Pièce 2.1 - Résumé des recommandations (suite)

2.1 Recommandations relatives aux paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins (suite)	
Recommandation	Réponse du ministère
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la fonction de vérification par les mesures suivante : élargir l'étendue de la vérification pour englober tous les paiements d'Assurance-maladie; recourir à une stratégie de vérification axée sur les risques; s'assurer que l'unité de vérification possède les compétences et les informations nécessaires; rédiger des procédures pour l'autorisation, le traitement, l'enregistrement des reprises et des remboursements de recouvrements; présenter dans des rapports destinés au public la performance réelle de son unité de vérification en comparaison des objectifs de recouvrements et justifier les écarts; utiliser davantage le Comité de revue professionnelle, etc. 	<p><i>Le Ministère a déjà pris les mesures suivantes pour accroître l'étendue de la vérification et en améliorer le processus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>L'effectif de l'unité de la surveillance et de l'assurance de la conformité chargée des vérifications est passé de 3 à 6 personnes pour englober ou accroître l'étendue des fonctions de vérification.</i> <i>Un processus a été mis en place au cours de l'hiver 2012 pour que le Ministère reçoive tous les contrats de rémunération des médecins salariés afin de permettre la vérification des médecins salariés.</i> <p><i>Le Ministère prendra les mesures suivantes pour améliorer la couverture et le processus de vérification :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Toutes les spécialités qui ont des codes de service doivent présenter une facturation pro forma de leurs services émanant des médecins salariés, 96 % d'entre eux soumettent une facturation pro forma. Grâce à ces données, l'unité de la surveillance et de l'assurance de la conformité peut maintenant effectuer une vérification de ces comptes. Ces données seront intégrées dans le processus de planification annuel pour l'exercice 2013-2014.</i> <i>En avril 2013, le Ministère obligera tous les médecins rémunérés à la vacation à fournir un mécanisme de sauvegarde adéquat pour la facturation des heures de vacation. Le Ministère ordonnera également la saisie de l'heure de la journée figurant sur les demandes de paiement pour justifier cette facturation. Ces données seront intégrées dans le processus de planification annuel pour l'exercice 2013-2014.</i> <i>L'unité de la surveillance et de l'assurance de la conformité améliorera ses outils de surveillance, sauf pour les rapports qui permettent une approche de vérification davantage basée sur le risque. Cela comprendra l'utilisation des logiciels et des ensembles de compétences actuellement disponibles au sein du Ministère. Ce processus a déjà été amorcé.</i> <i>L'unité de la surveillance et de l'assurance de la conformité améliorera les procédures documentées et les étapes de travail à suivre afin d'obtenir une consignation plus rigoureuse de tous les projets de vérification et de surveillance, des paiements et des recouvrements.</i> <i>Le rapport annuel 2012-1013 comprendra la présentation des résultats de rendement de l'équipe de la surveillance et de l'assurance de la conformité.</i> <i>Le rôle du Comité de revue professionnelle (Comité d'examen par les pairs) sera réexaminé et élargi au besoin.</i> <p><i>Le Ministère a élaboré des paramètres de responsabilisation pour les médecins de famille, les pédiatres et les psychiatres. Il continuera à en élaborer pour les autres spécialités dans les mois à venir.</i></p>

La Pièce 2.1 - Résumé des recommandations (suite)

2.1 Recommandations relatives aux paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins (suite)	
Recommandations	Réponse du ministère
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'application de la conformité des médecins avec la loi et les politiques ministérielles qu'effectue le ministère en établissant une politique en matière d'application et en mettant en œuvre des conséquences pour les médecins qui ne se conforment pas, comme ceux qui surfacturent, facturent en double pour des services liés aux blessures en milieu de travail et ceux qui ne préparent pas de facturation pro forma. • S'assurer que les factures présentées pour des services de radiologie respectent la loi et que les paiements pour ces services font l'objet des mêmes contrôles des paiements, de surveillance et de vérification que les autres paiements à l'acte. 	<p><i>Les régies régionales de la santé ont mis en œuvre un processus de mesures disciplinaires progressives pour les médecins salariés qui refusent la facturation pro forma. Cette situation a entraîné une augmentation de 35 % à 96 % des médecins salariés qui présentent une facturation pro forma au cours des deux dernières années. Ce pourcentage est basé sur les spécialités qui ont des codes de service, car elles doivent présenter une facturation pro forma de leurs services.</i></p> <p><i>Le Ministère est prêt à examiner les options en vue d'améliorer la mise en application de la conformité aux lois et aux politiques, et à mettre en œuvre de mesures disciplinaires dans les cas de non-conformité.</i></p> <p><i>Le Ministère a une initiative de facturation de radiologie en cours pour automatiser la facturation des radiologistes de façon semblable à celle des autres médecins rémunérés à l'acte. La date de mise en œuvre cible est avril 2013. En outre, il y a un comité en place pour examiner les codes de service et les règles. La date d'achèvement visée pour ce travail est l'été 2013.</i></p>

La Pièce 2.1 - Résumé des recommandations (suite)

2.1 Recommandations relatives aux paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins (suite)	
Recommandation	Réponse du ministère
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer et automatiser le processus de recouvrement des paiements d'Assurance-maladie portant sur les factures de TSNB (Travail sécuritaire NB). 	<p><i>Le Ministère a tenté au cours des années d'améliorer le processus actuellement en place afin de recouvrer les paiements pour des cas de blessures se rapportant à Travail sécuritaire NB. Bien que les données soient fournies au Ministère, elles ne sont pas normalisées, ni conformes avec les données de facturation de l'Assurance-maladie. Elles exigent de nombreuses heures-personnes pour faire l'appariement des demandes de paiement et pratiquer une diligence raisonnable afin de déterminer si les demandes de paiement ont été facturées à la fois à Travail sécuritaire NB et à l'Assurance-maladie.</i></p> <p><i>L'Assurance-maladie a récemment créé un mécanisme de signalement afin de déterminer les médecins qui ont facturé et continuent de facturer des services aux deux organismes. Elle leur enverra des lettres les informant qu'ils ne se conforment pas à la Loi.</i></p> <p><i>En outre, le ministère de la Santé continuera de travailler avec Travail sécuritaire NB afin de trouver un meilleur mécanisme de signalement pour les demandes de paiement se rapportant à Travail sécuritaire NB.</i></p>

La Pièce 2.1 - Résumé des recommandations (suite)

2.1 Recommandations relatives aux paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins (suite)	
<i>Recommandations</i>	<i>Réponse du ministère</i>
<p>Présentation de la rémunération des médecins dans des rapports destinés au public</p> <p>2.43 Comme le gouvernement le fait pour la rémunération des employés et les paiements aux fournisseurs, et pour améliorer la reddition de comptes, nous recommandons que le ministère présente dans des rapports destinés au public la rémunération totale de chaque médecin, peu importe la méthode de rémunération – paiements à l'acte, salaire, paiements à la vacation ou autres modes de rémunération.</p>	<p><i>Le Ministère travaillera avec le Bureau du vérificateur général et le Commissaire à la protection de la vie privée pour élaborer la loi et les exigences en matière de confidentialité.</i></p>
<p>2.44 Afin d'améliorer la reddition de comptes, nous recommandons que le ministère présente dans des rapports annuels destinés au public des données sommaires relatives à la rémunération des médecins, telles que les suivantes : total des paiements pour chaque méthode de rémunération (paiements à l'acte, salaire, paiements à la vacation, autres modes de rémunération), rémunération des médecins par échelle monétaire, rémunération des médecins par spécialité, etc.</p>	<p><i>Le Ministère publiera des renseignements de nature sommaire sur la rémunération des médecins dans le rapport annuel 2011-2012.</i></p>

Contexte du programme d'Assurance-maladie

Programme d'Assurance-maladie – objectif et exécution

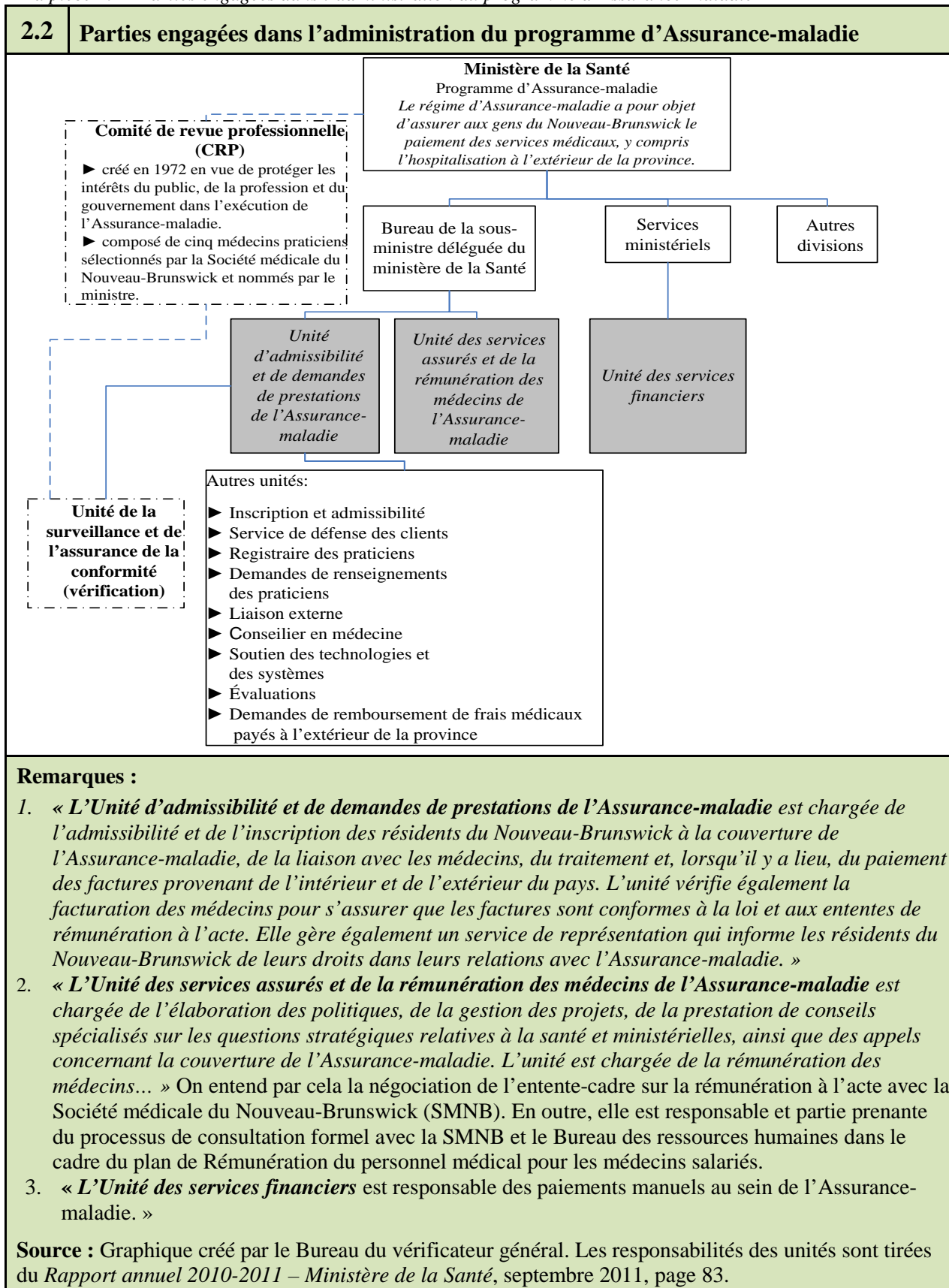
2.45 Le ministère de la Santé (le ministère) est responsable du programme de l'Assurance-maladie (Assurance-maladie) en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* (la Loi). « *Le régime d'Assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick le paiement des services médicaux, y compris l'hospitalisation à l'extérieur de la province.* »³

2.46 La pièce 2.2 montre les parties engagées dans l'administration du régime d'Assurance-maladie. Au sein du ministère, le Bureau de la sous-ministre déléguée du ministère de la Santé est responsable de l'Assurance-maladie. Le ministère comprend trois unités qui sont directement engagées dans l'exécution du programme, lesquelles sont ombragées dans la pièce 2.2.

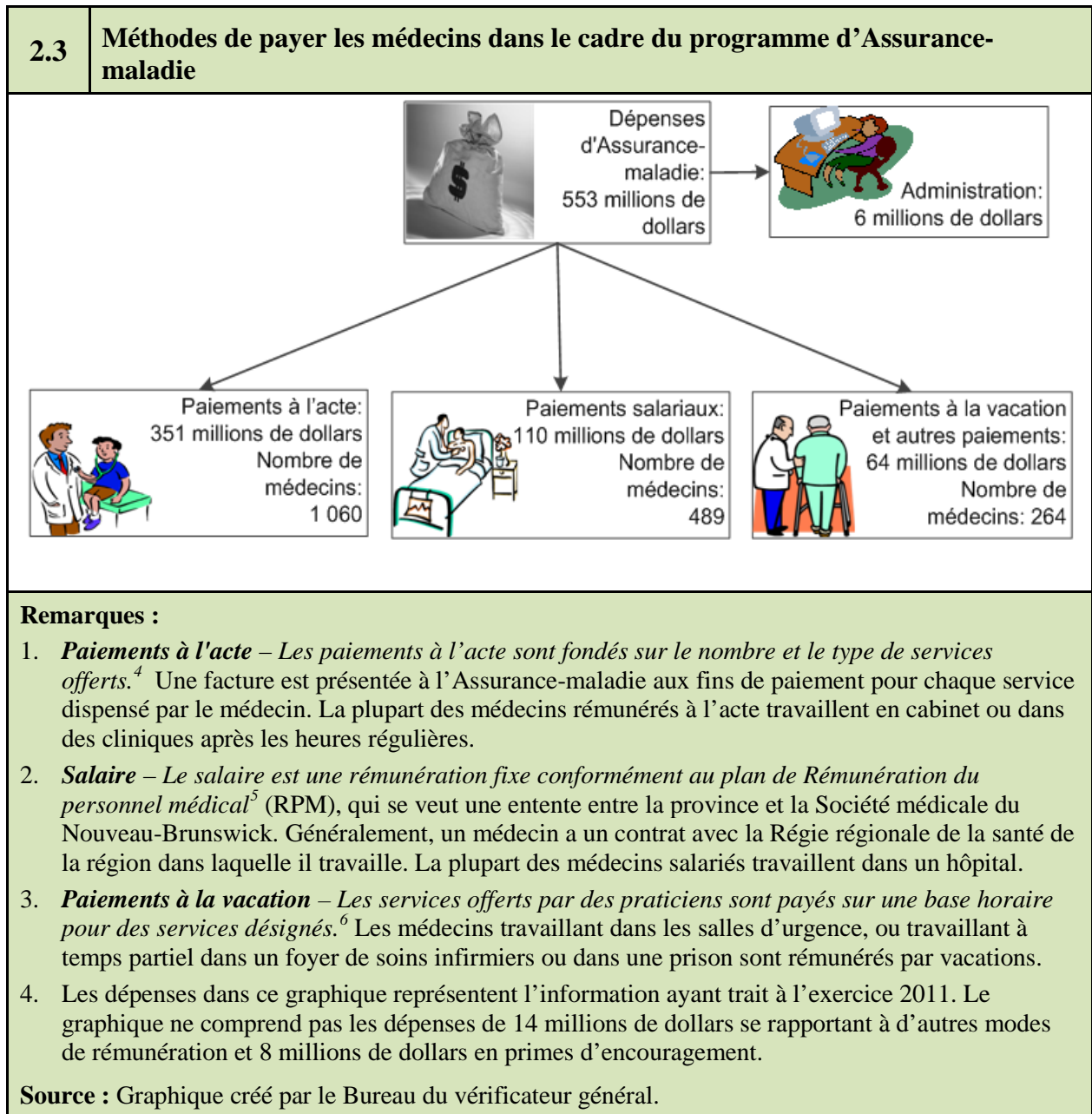
2.47 Le programme d'Assurance-maladie est complexe. Nous avons omis intentionnellement des détails dans certaines sections du présent chapitre aux fins de simplicité. Par exemple, le nombre de médecins au Nouveau-Brunswick peut sembler être un concept relativement simple. Cependant, le nombre est dynamique, car il existe un mouvement constant de médecins qui quittent la province, de nouveaux médecins qui s'inscrivent au programme d'Assurance-maladie, et d'autres qui prennent leur retraite. Le nombre de médecins travaillant durant une période de temps donnée peut être différent du nombre de médecins rémunérés au cours de la même période à cause du moment où les médecins présentent leurs factures (ils ont 92 jours pour facturer l'Assurance-maladie), des périodes de paiement (à toutes les deux semaines) et des paiements rétroactifs.

³ Province du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2010-2011, Ministère de la Santé*, septembre 2011, page 83.
Rapport de la vérificatrice générale – 2012

La pièce 2.2 - Parties engagées dans l'administration du programme d'Assurance-maladie



La pièce 2.3 - Méthodes de payer les médecins dans le cadre du programme d'Assurance-maladie

**Rémunération des médecins**

2.48 La pièce 2.3 donne un aperçu des différentes méthodes de payer les médecins dans le cadre du programme d'Assurance-maladie (paiements à l'acte, salaire, paiements à la vacation). Il montre le nombre estimatif de médecins et le coût de l'Assurance-maladie pour chacune des méthodes de paiement.

⁴ Site Web du ministère : www.gnb.ca/0394/prw/Remuneration-f.asp

⁵ Idem.

⁶ Idem.

La pièce 2.4 - Dépenses du régime d'Assurance-maladie (3 exercices)

2.4 Dépenses du régime d'Assurance-maladie (3 exercices)			
Catégorie de dépenses	2010-2011	2009-2010	2008-2009
Paiements à l'acte	351 508 711 \$	347 055 854 \$	333 729 380 \$
Médecins salariés	109 622 799	99 611 334	89 608 833
Paiements à la vacation	63 518 368	58 148 115	55 519 021
Autres modes de rémunération	14 291 050	12 656 605	3 073 200
Primes d'encouragement	7 966 999	7 094 219	8 256 866
Administration	6 341 736	6 119 743	6 263 075
Total	553 249 663 \$	530 685 870 \$	496 450 375 \$
Remarque :			
1. La <i>catégorie de dépenses</i> représente un classement de haut niveau que le ministère utilise pour répartir les paiements des fonds de l'Assurance-maladie.			
Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les données tirées des rapports d'analyse de compte du système d'information financière Oracle de la province du Nouveau-Brunswick pour les exercices 2009, 2010 et 2011.			

L'Assurance-maladie représente l'un des plus coûteux programmes gouvernementaux, affichant une croissance continue.

2.49 En 2011, les dépenses d'Assurance-maladie étaient légèrement supérieures à un demi-milliard de dollars (553,3 millions de dollars⁷). Ce montant représente 22,3 %⁸ des dépenses du ministère qui se sont élevées à environ 2,5 milliards de dollars⁹. L'Assurance-maladie représente l'un des plus coûteux programmes gouvernementaux. La pièce 2.4 présente les dépenses de trois exercices, soit 2009, 2010, et 2011. Le tableau montre que les dépenses d'Assurance-maladie ont augmenté de 34,2 millions de dollars (6,9 %) en 2009-2010 et de 22,6 millions de dollars (4,3 %) en 2010-2011

Unité de surveillance et d'assurance de la conformité (Vérification des praticiens de l'Assurance-maladie)

2.50 Au cours de notre travail, l'unité Vérification des praticiens de l'Assurance-maladie a été renommée Surveillance et assurance de la conformité. La mission de l'unité est de [Traduction] « Surveiller les dépenses de l'Assurance-maladie au moyen d'enquêtes, de formation ou la recommandation de modifications afin de s'assurer que les médecins respectent les règles et la

⁷ Province du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2010-2011, Ministère de la Santé*, septembre 2011, page 95.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

réglementation de l'Assurance-maladie »¹⁰ En outre, le but de l'unité est de [Traduction] « réduire le nombre de facturations inappropriées et d'activités frauduleuses. »¹¹. L'annexe 2 fournit de plus amples renseignements sur l'unité de surveillance et d'assurance de la conformité.

Introduction aux constatations

Ce que nous avons examiné et l'objectif de notre travail

2.51 L'objectif de notre travail était de : *déterminer si le ministère de la Santé maximise ses recouvrements de paiements erronés d'Assurance-maladie versés aux médecins, par l'entremise de la fonction de vérification des praticiens.*

2.52 Nous avons élaboré cinq critères à utiliser comme fondement de notre travail, lesquels sont mentionnés dans l'annexe 3.

2.53 Au cours de notre travail, nous avons mis l'accent sur les paiements d'Assurance-maladie et les recouvrements découlant de la vérification pour l'exercice clos le 31 mars 2011. Nous avons effectué les procédures travaux suivants :

- Nous avons examiné la législation et les politiques pour l'Assurance-maladie.
- Nous avons eu des entretiens avec le personnel de chacune des trois unités engagées dans l'Assurance-maladie, y compris le conseiller du programme.
- Nous avons rencontré les membres du Comité de revue professionnelle (CRP)
- Nous avons examiné les procédures de fonctionnement.
- Nous avons observé les vérificateurs effectuant une visite sur les lieux d'un cabinet de médecin afin d'obtenir des renseignements.
- Nous avons analysé les paiements versés aux médecins et étudié les montants exceptionnellement élevés.
- Nous avons fourni au ministère un échantillon de médecins ayant reçu des salaires élevés et une autre liste de médecins ayant reçu des paiements à la vacation élevés, et lui avons demandé des

¹⁰ Information fournie par le ministère – document intitulé « *Audit routine procedure May 2010 for PRC* ».

¹¹ Idem

explications.

- Nous avons sélectionné un échantillon de médecins qui avaient reçu des paiements élevés pour des consultations sur appel, et avons demandé des explications au ministère.
- Nous avons effectué d'autres procédures que nous avons jugées nécessaires.

La façon dont nous présentons nos constatations

2.54 Nos principales constatations sont présentées dans des sections. La première section présente nos constatations touchant les fonctions de vérification et d'application. Comme nous avons trouvé que la vérification des paiements aux médecins était incomplète, nous présentons nos observations selon les différentes catégories de paiements aux médecins (paiements à l'acte, salaire et paiements à la vacation) dans une deuxième section. Nous traitons également de la rémunération des médecins présentée dans les rapports destinés au public dans la deuxième section intitulée « Rémunération des médecins et présentation de rapports destinés au public ». Voir La pièce 2.5.

La pièce 2.5 - Présentation de nos constatations

2.5 Présentation de nos constatations		
Constatation	Points saillants	Détails
<i>Fonctions de vérification et d'application</i>		
✓ La fonction de vérification possède plusieurs forces.	Page 37	Page 53
! La fonction de vérification présente plusieurs faiblesses importantes.	Page 39	Page 56
! Il existe des problèmes à déceler les facturations inappropriées des médecins dans le cas des blessures en milieu de travail.	Page 40	Page 73
! L'application de la conformité des médecins avec la loi et les politiques ministérielles qu'effectue le ministère a besoin d'être renforcée.	Page 42	Page 78
• Le Comité de revue professionnelle (CRP) est actif et a une occasion d'accroître sa valeur.	Page 43	Page 81
<i>Rémunération des médecins et présentation de rapports destinés au public</i>		
! Les paiements à l'acte ont besoin d'être surveillés davantage.	Page 44	Page 86
! Les mesures de contrôle et de surveillance des paiements aux radiologistes ont besoin d'être améliorées.	Page 46	Page 94
! Les salaires versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à l'échelle salariale.	Page 47	Page 100
! Les paiements à la vacation versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à la politique.	Page 48	Page 105
! La présentation de la rémunération des médecins dans les rapports destinés au public est incomplète et trompeuse.	Page 49	Page 108

Légende utilisée dans le présent chapitre

2.55 La légende suivante est utilisée pour classer nos constatations générales :

- ✓ représente une observation positive
- ! représente un domaine qui nécessite une amélioration ou un examen ultérieur
- représente d'autres observations.

Termes utilisés dans le présent chapitre

2.56 L'annexe 1 présente une liste des termes que nous utilisons fréquemment dans le présent chapitre, ainsi que leur définition.

Exercice 2011 et analyse de la rémunération des médecins selon la comptabilité de caisse

2.57 Les chiffres présentés dans le présent chapitre ont trait à l'exercice 2010-2011 (2011), à moins d'indication contraire. La plupart des chiffres utilisés dans notre travail ont été fournis par le ministère. Les données sur la rémunération des médecins de 2011 sont présentées selon la comptabilité de caisse.

Points saillants : Fonctions de vérification et d'application

Constatation clé : La fonction de vérification possède plusieurs forces.

Contexte¹²

2.58 L'unité de surveillance et d'assurance de la conformité (anciennement l'unité « Vérification des praticiens de l'Assurance-maladie ») exerce la fonction de vérification. Elle est en activité depuis le mois d'avril 1990. Le rôle de cette unité est de surveiller et d'examiner les pratiques de facturation des praticiens. L'annexe 2 présente des renseignements généraux sur l'unité.

2.59 Un projet donné de vérification ou d'examen peut inclure un ou des codes de facturation particuliers, un médecin individuel ou une spécialité sélectionnée (un groupe de médecins, par exemple la pédiatrie). Selon les constatations de la vérification, une ou plusieurs des mesures suivantes peuvent être appliquées :

- prodiguer des conseils éducatifs aux médecins;
- soumettre le cas au Comité de revue professionnelle, aux autorités judiciaires ou au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
- recouvrer les fonds.

Résumé des constatations

2.60 Voici ce que nous avons constaté :

- ✓ Il existe un pouvoir de vérification approprié, qui est documenté et communiqué de façon claire aux médecins.
- ✓ Des ressources sont affectées à la fonction de vérification.
- ✓ Les nouveaux membres du personnel reçoivent de la formation en cours d'emploi.
- ✓ Un plan de vérification documenté oriente le travail de l'unité.
- ✓ Le plan de travail annuel comprend le plan de vérification.
- ✓ L'unité de vérification remet un rapport trimestriel au directeur.

¹² Paraphrasé d'après les renseignements fournis par le ministère.

- ✓ Des politiques et procédures écrites orientent l'unité de vérification.

2.61 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l'annexe 4.

Constatation clé : La fonction de vérification présente plusieurs faiblesses importantes.

Contexte

2.62 Une solide fonction de vérification peut produire des économies substantielles pour le programme. La fonction de vérification peut :

- servir d'élément dissuasif pour les médecins qui facturent de manière inappropriée l'Assurance-maladie;
- relever les paiements erronés à recouvrer;
- surveiller la conformité avec la loi, les ententes et les politiques;
- aider à sensibiliser les médecins et leur personnel aux bonnes pratiques de facturation.

Résumé des constatations

2.63 Voici ce que nous avons constaté :

- ! Seulement 53 % des paiements d'Assurance-maladie ont fait partie de la population vérifiée.
- ! Les médecins à revenu élevé ne sont pas tous examinés ou vérifiés.
- ! Les recouvrements des paiements erronés sont faibles.
- ! La reprise des recouvrements sape la crédibilité de l'unité de vérification.
- ! Nous avons constaté des inefficacités dans les processus de l'unité de vérification.
- ! Les rapports sur la performance de la fonction de vérification sont limités.

2.64 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l'annexe 5.

Constatation clé : Il existe des problèmes à déceler les facturations inappropriées des médecins dans le cas des blessures en milieu de travail.

Contexte

2.65 Il y a plusieurs années, le personnel de l'Assurance-maladie a constaté que l'on payait un nombre élevé de factures pour des « blessures en milieu de travail » lesquelles, si elles avaient été présentées correctement par le médecin, auraient dû en fait être facturées à Travail sécuritaire NB (TSNB)¹³ et payées par ce dernier. Les factures payées par TSNB sont financées au moyen de primes d'assurance payées par les entreprises, tandis que les factures payées par l'Assurance-maladie sont financées par les contribuables. En 1992, notre Bureau avait recommandé au ministère et à TSNB d'élaborer une procédure pour recouvrer les factures qui étaient facturées à la fois à TSNB et à l'Assurance-maladie¹⁴.

2.66 TSNB fournit maintenant au ministère des renseignements sur les factures payées. Le personnel de l'Assurance-maladie examine les paiements d'Assurance-maladie afin de déterminer si certains d'entre eux ont trait à des services pour des blessures en milieu de travail. Nous utilisons le terme « recouvrements de TSNB » pour des paiements d'Assurance-maladie inappropriés reliés à des blessures au milieu de travail qui sont recouverts auprès des médecins. (Un paiement d'Assurance-maladie est jugé inapproprié parce que le service dispensé par le médecin était pour une blessure en milieu de travail couverte par TSNB, et qui a été facturé à la fois à TSNB et à l'Assurance-maladie ou facturé à l'Assurance-maladie lorsqu'elle aurait dû l'être à TSNB.)

¹³ Travail sécuritaire NB (TSNB), anciennement la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail et la Commission des accidents du travail.

¹⁴ Paraphrasé d'après les renseignements fournis par le ministère.

Résumé des constatations

2.67 Voici ce que nous avons constaté :

- Les recouvrements ayant trait à des factures de TSNB sont importants.
- ! Certains médecins facturent à la fois l'Assurance-maladie et TSNB pour le même service.
- ! Certains médecins salariés sont payés deux fois pour des services ayant trait à TSNB.
- ! Le processus actuel pour déceler les recouvrements de TSNB est inefficace.
- ✓ Il existe des procédures écrites pour les recouvrements de TSNB.
- Les recouvrements de TSNB sont actuellement la responsabilité de l'équipe de vérification.

2.68 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l'annexe 6.

Constatation clé : L'application de la conformité des médecins avec la loi et les politiques ministérielles qu'effectue le ministère a besoin d'être renforcée.

Contexte

2.69 La loi et les politiques établissent les règles pour les programmes. La surveillance et la vérification évaluent la conformité avec les règles et cernent les cas de non-conformité. L'application assure la conformité avec les règles.

2.70 La Loi et les règlements donnent au ministère le pouvoir de recouvrer les trop-payés et de révoquer, suspendre ou annuler la capacité du médecin à participer au programme d'Assurance-maladie.

2.71 La Loi énumère également les infractions. L'article 11(1) stipule que « *Quiconque contrevient ou omet de se conformer à une disposition des règlements commet une infraction punissable en vertu de la Partie II de la Loi sur la procédure applicable aux infractions provinciales à titre d'infraction de la classe B.* » L'article 11(2) fait état d'une disposition semblable en ce qui concerne la Loi et l'article 11(3) énonce ce qui suit : « *Un médecin, un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial ou toute autre personne fournissant des services assurés qui fait volontairement une fausse déclaration dans un rapport, dans une formule ou dans une déclaration exigée aux fins de la présente loi ou des règlements commet une infraction punissable en vertu de la Partie II de la Loi sur la procédure applicable aux infractions provinciales à titre d'infraction de la classe I.* »

Résumé des constatations

2.72 Voici ce que nous avons constaté :

- ! Le ministère n'a pas de politique en matière d'application
- ! Nous avons relevé des cas où l'application de la conformité des médecins avec la loi et les politiques ministérielle qu'effectue le ministère a besoin d'être renforcée.
- ! Il n'y a pas de conséquences en cas de surfacturation de l'Assurance-maladie.

2.73 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l'annexe 7.

Constatation clé : Le Comité de revue professionnelle (CRP) est actif et a une occasion d'accroître sa valeur.

Contexte

2.74 Le Comité de revue professionnelle (CRP) a été créé en 1972 en vue de protéger les intérêts du public, de la profession et du gouvernement dans le fonctionnement de l'Assurance-maladie. Il est composé de cinq médecins sélectionnés par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et nommés par le ministre. Un membre est généralement nommé pour une période de trois ans et peut être reconduit pour n'importe quel nombre de mandats. Le CRP :

- offre de l'appui ou formule des recommandations à l'Assurance-maladie;
- fournit des conseils professionnels à tout médecin dont le mode de pratique ne semble pas être dans les meilleurs intérêts du public ou de la profession médicale;
- offre aux médecins l'occasion de présenter leur situation au comité.¹⁵

Résumé des constatations

2.75 Voici ce que nous avons constaté :

- Le CRP est exigé par la loi et possède des pouvoirs importants.
- ✓ Le CRP est doté d'un mandat écrit.
- ✓ Le CRP est reconnu pour être actif.
- Le CRP ne se réunit pas régulièrement.
- Le CRP a une occasion d'accroître sa valeur.
- ! Le CRP ne présente pas de rapport annuel.

2.76 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l'annexe 8.

¹⁵ Paraphrasé d'après les renseignements fournis par le ministère.

Points saillants : Rémunération des médecins et présentation de rapports destinés au public.

Constatation clé : Les paiements à l'acte ont besoin d'être surveillés davantage

Contexte

2.77 Les paiements à l'acte effectués par l'Assurance-maladie sont fonction du nombre et du type de services dispensés. Une facture pour chaque service offert par le médecin est présentée à l'Assurance-maladie aux fins de paiement. La plupart des médecins rémunérés à l'acte travaillent en cabinet ou dans des cliniques après les heures régulières. Les faits suivants se rapportent aux paiements à l'acte effectués en 2011 :

- Les paiements à l'acte se sont élevés à plus de 351 millions de dollars et ont constitué 64 % du total des dépenses de l'Assurance-maladie.
- Plus de 1 600 médecins ont reçu des paiements à l'acte et la plupart d'entre eux travaillent à temps plein. Le ministère a fait état de 1 060 médecins rémunérés à l'acte dans son *Rapport annuel 2010-2011*. Cependant, les médecins salariés possèdent également un compte de paiements à l'acte pour les services qu'ils offrent en dehors des heures normales.

2.78 *Le système de paiements à l'acte est fondé sur le régime de confiance.* Il incombe aux médecins de présenter avec exactitude les factures pour les services à l'acte. Il n'est pas pratique pour l'Assurance-maladie de confirmer que les patients ont reçu les services médicaux avant de payer les factures. Tout système de ce genre comporte un risque inhérent de factures erronées ou inappropriées. Ce risque inhérent peut être atténué au moyen de mécanismes de contrôle sur les paiements, d'une surveillance continue et de la vérification.

Résumé des constatations

2.79 Voici ce que nous avons constaté :

- Les paiements à l'acte versés à de nombreux médecins paraissent être élevés lorsqu'on les compare aux prévisions budgétaires.
- ! La surveillance des paiements à l'acte est limitée.
- ! La surveillance du plafond pour les paiements à l'acte versés aux médecins salariés est inadéquate.

- ! Il n’y a pas de surveillance du « compte de groupe d’appel » pour les médecins salariés.
- ! L’utilisation du mauvais compte peut occasionner un trop-payé.
- ! Les paiements aux radiologistes ont besoin de meilleures mesures de contrôle et de surveillance. (Cette situation est présentée dans une constatation distincte dans la prochaine section.)

2.80 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l’annexe 9 à la page 86.

Constatation clé : Les mesures de contrôle et de surveillance des paiements aux radiologistes ont besoin d’être améliorées.

Contexte

2.81 Les radiologistes sont des médecins qui utilisent l’imagerie diagnostique (radiographie, etc.) pour diagnostiquer des affections et traiter les patients. Bien que leur rémunération soit financée en vertu d’une entente de rémunération à l’acte, le processus de paiement diffère de celui utilisé pour les autres médecins payés à l’acte. Les radiologistes sont payés par la Régie régionale de la santé (RRS) pour laquelle ils travaillent. La RRS facture ensuite l’Assurance-maladie pour recouvrer ces paiements. En 2011, le total des paiements aux radiologistes s’est élevé aux environs de 45 millions de dollars.

Résumé des constatations

2.82 Voici ce que nous avons constaté :

- Le total des paiements versés à certains radiologistes semble être élevé par rapport aux autres spécialités.
- ! Les factures présentées pour les radiologistes ne sont pas assujetties à des contrôles de paiement réguliers.
- ! Le ministère ne recouvre pas les coûts de l’Assurance-maladie liés à la radiologie parce que des renseignements importants au sujet des factures ne sont pas disponibles au sein du ministère.
- ! Le ministère ne surveille pas la rémunération des radiologistes.
- ! Les factures actuelles de radiologie ne respectent pas le *Manuel des médecins* et les règlements.
- ! Le projet du ministère visant à automatiser la facturation des services de radiologie progresse lentement.

2.83 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l’annexe 10.

Constatation clé : Les salaires versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à l'échelle salariale.

Contexte

2.84 Les paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins salariés ont trait à « *une rémunération fixe conformément au plan du régime de Rémunération du personnel médical* ». ¹⁶ Généralement, un médecin a un contrat avec la RRS de la région dans laquelle il travaille. La plupart des médecins salariés travaillent dans un hôpital. Les faits suivants se rapportent aux paiements salariaux effectués en 2011 :

- Les paiements salariaux ont dépassé 109 millions de dollars et représenté 20 % du total des dépenses d'Assurance-maladie.
- Le ministère a mentionné qu'il y avait 489 médecins salariés dans son *Rapport annuel 2010-2011*.

Résumé des constatations

2.85 Voici ce que nous avons constaté :

- Les salaires versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à l'échelle salariale.
- ! Les contrats avec les médecins salariés ne sont pas tous déposés auprès du ministère.
- ! L'exigence de la facturation pro forma n'est pas respectée par tous les médecins salariés.
- ! La surveillance des paiements aux médecins salariés laisse à désirer.
- ! Trois importantes questions à propos des paiements à l'acte qui impliquent les médecins salariés ont été abordées précédemment dans le présent rapport : 1) les paiements à l'acte versés aux médecins salariés ne sont pas vérifiés régulièrement; 2) la surveillance du plafond des paiements à l'acte versés aux médecins salariés est inadéquate; 3) il n'y a pas de surveillance du « compte de groupe d'appel » pour les médecins salariés.

2.86 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l'annexe 11.

¹⁶ Site Web du ministère : www.gnb.ca/0394/prw/Remuneration-f.asp
Rapport de la vérificatrice générale – 2012

Constatation clé : Les paiements à la vacation versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à la politique.

Contexte

2.87 Les paiements à la vacation versés aux médecins par l'Assurance-maladie ont trait à des services désignés qui sont rémunérés sur une base horaire. Par exemple, les médecins travaillant dans les salles d'urgence et ceux travaillant à temps partiel dans un foyer de soins infirmiers ou dans une prison sont rémunérés par vacations. Les faits suivants se rapportent aux paiements à la vacation effectués en 2011 :

- Les paiements à la vacation se sont chiffrés à environ 60 millions de dollars et ont représenté environ 11 % du total des dépenses d'Assurance-maladie.
- Environ 250 médecins ont reçu des paiements à la vacation.

Résumé des constatations

2.88 Voici ce que nous avons constaté :

- Les paiements à la vacation versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à la politique.
- ! La politique en matière de rémunération par vacations n'est pas respectée.

2.89 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l'annexe 12.

Constatation clé : La présentation de la rémunération des médecins dans des rapports destinés au public est incomplète et trompeuse.

Contexte

2.90 Généralement, les employés du gouvernement, des sociétés de la Couronne et d'autres organismes gouvernementaux dont la rémunération dépasse 60 000 \$ dans une année civile donnée sont nommés dans un rapport destiné au public, intitulé *Listes d'employés supplémentaires non vérifiées*, qui est affiché sur Internet. « *Le traitement présenté comprend le salaire fixe, les heures supplémentaires, les contrats de service personnels et toute autre rétribution.* » De même, tout fournisseur qui a reçu de tous les ministères des montants dont le total est supérieur à 25 000 \$ au cours de l'exercice est nommé dans un rapport destiné au public, intitulé *Listes de fournisseurs supplémentaires non vérifiées*, qui est affiché sur Internet.

Résumé des constatations

2.91 Voici ce que nous avons constaté:

- ! Les paiements à l'acte versés aux médecins individuels ne sont pas présentés dans des rapports destinés au public.
- ! La présentation de rapports destinés au public à l'égard des médecins salariés est incomplète et trompeuse.
- ! Il n'y a pas présentation sur les paiements à la vacation versés aux médecins individuels dans les rapports destinés au public.

2.92 Vous trouverez une analyse plus détaillée de ces constatations à l'annexe 13.

Annexe 1 – Termes utilisés fréquemment

Termes utilisés dans le présent chapitre

Assurance-maladie est le terme qui s'applique au régime de services médicaux, créé en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. L'objectif de l'Assurance-maladie est d'assurer le paiement de services médicaux nécessaires aux résidents du Nouveau-Brunswick admissibles.

Loi est la *Loi sur le paiement des services médicaux*

Médecin ou **praticien** sont des termes utilisés de façon interchangeable et représentent tous les fournisseurs de soins de santé rémunérés par l'Assurance-maladie, qui englobent les praticiens, les dentistes et les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale autorisés.

Médecin suppléant est un médecin remplaçant qui offre des services pour un minimum de trois jours consécutifs. Par exemple, un médecin suppléant remplace un médecin qui prend des vacances.

Ministère représente le ministère de la Santé.

Paiements à l'acte est un type de rémunération dont le paiement est fondé sur le nombre et la catégorie de services dispensés.

Facture représente la documentation présentée à l'Assurance-maladie pour un service dispensé par un médecin. Une facture contient des renseignements tels que le numéro d'Assurance-maladie du patient, la date du service, le diagnostic, le code représentant le service offert, etc.

- **Facture pour services à l'acte** – sert à titre de facturation qui donne lieu à un paiement au médecin.
- **Facturation pro forma** – factures présentées par les médecins salariés et qui servent comme dossier du service dispensé. Cette facturation ne génère pas un paiement.

RPM est le plan du régime de Rémunération du personnel médical, qui fixe la rémunération des médecins payés par salaire. Le salaire représente un autre type de rémunération pour les médecins.

RRS signifie les régies régionales de la santé : le Réseau de santé Horizon et le Réseau de santé Vitalité.

Annexe 2 – Renseignements généraux sur l'unité de surveillance et d'assurance de la conformité (vérification)

Renseignements généraux sur l'unité de surveillance et d'assurance de la conformité de l'Assurance-maladie

[Traduction]

Mission :

- Surveiller les dépenses de l'Assurance-maladie afin de s'assurer que les médecins respectent les règles et les réglementations au moyen d'enquêtes, de formation ou la recommandation de modifications.

Objectif :

- Réduire le nombre de facturations inappropriées et les activités frauduleuses.

Rôle :

- Surveiller et examiner les pratiques de facturation des praticiens (médecin et chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial) de façon aléatoire ou non aléatoire, au besoin.

Vérifications :

- La Loi sur le paiement des services médicaux prévoit l'autorité législative pour effectuer une vérification. La Loi de 1994 a nommé des « inspecteurs » qui ont l'autorité à « l'accès sans restriction » aux renseignements de facturation du médecin (articles 8.1(1) à (6) de la Loi sur le paiement des services médicaux).
- Les vérifications sont lancées à la suite d'une information interne ou externe (c'est-à-dire un appel ou une lettre d'un praticien ou d'un patient, un organisme d'application de la loi), de l'examen de profils ou de rapports d'anomalies.
- Une procédure de vérification habituelle est suivie, mais elle peut varier selon les particularités de chaque cas.

Conséquences :

- Le ministère a le droit de suspendre le numéro de facturation d'un médecin à la discrétion du ministre. Si le praticien refuse de rembourser un trop-payé à la direction de l'Assurance-maladie, son cas est référé à la direction des services financiers qui est autorisée en vertu de la Loi sur l'administration financière de récupérer tout montant en souffrance dû à la province. Lorsque le processus ne réussit pas ou qu'il existe une fraude indéniable, le cas est envoyé au ministère de la Justice [et procureur général] aux fins de mesures appropriées.
- Le ministère a le droit de reculer sept ans, mais il regarde généralement un ou deux trimestres ou jusqu'à des périodes de deux ans. Par la suite, il a recours à l'induction statistique et applique les pourcentages de facturations inappropriées ou de surfacturations pour l'exercice examiné. Le processus dépend de la nature exacte et de l'étendue des erreurs trouvées. Aucuns frais d'intérêt ni aucune sanction ne sont imposés sur les surfacturations découvertes, car la Loi sur le paiement des services médicaux ne prévoit pas de pouvoir dans ce domaine.

Relations :

- L'équipe de vérification a des relations et des communications directes avec plusieurs autres équipes de l'Assurance-maladie ainsi qu'avec le conseiller médical, le soutien au programme d'Assurance-maladie et le directeur.
- Il y a également des relations entre la vérification et la section des paiements d'Assurance-maladie dans les services financiers, les hôpitaux extra-muraux, les services et l'administration aux hôpitaux, la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB), le Comité de revue professionnelle (CRP), l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), le Collège des médecins et d'autres organismes semblables au Canada et, chose plus importante, avec les médecins eux-mêmes.

Source : Renseignements fournis par le ministère, extraits du document intitulé *Medical Practitioner Audit Overview – updated 2010*.

Annexe 3 – Critères utilisés dans notre travail

Critères utilisés dans notre travail
<i>Critère 1 : Le ministère devrait s'assurer que le groupe de vérification des praticiens possède la capacité de vérifier n'importe quel type de paiement à l'acte.</i>
<i>Critère 2 : Le ministère devrait utiliser une stratégie fondée sur les risques pour déterminer le travail du groupe de vérification des praticiens.</i>
<i>Critère 3 : Le groupe de vérification des praticiens du ministère devrait exécuter son travail conformément aux procédures écrites.</i>
<i>Critère 4 : Le ministère devrait recouvrir les paiements erronés versés aux médecins, relevés par le groupe de vérification, conformément aux procédures écrites.</i>
<i>Critère 5 : Le ministère devrait évaluer l'efficacité de son groupe de vérification des praticiens et en rendre compte.</i>

Annexe 4 – Constatations détaillées : La fonction de vérification possède plusieurs forces.

Il existe un pouvoir de vérification approprié, qui est documenté et communiqué de façon claire aux médecins.

2.93 Le pouvoir de vérification est accordé en vertu de l'article 8.1(1) de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, qui accorde le pouvoir de nommer des vérificateurs pour « *inspecter, examiner et vérifier les livres, comptes, rapports et registres médicaux tenus dans les bureaux des médecins...* » L'article 11(2.3) du règlement appuie la fonction de vérification en exigeant qu'un médecin consente à une vérification de ses livres et registres, conserve les renseignements pour sept ans et soumette les renseignements lorsque l'Assurance-maladie en fait la demande.

2.94 Les politiques de l'Assurance-maladie documentent également le pouvoir de vérification. La section C (Rôles et responsabilités) de la politique à l'égard des médecins salariés énonce que [Traduction] « Toute entente contractuelle à l'égard d'un médecin salarié doit être approuvée par l'Assurance-maladie et les services dispensés par les médecins salariés peuvent faire l'objet d'un examen par la section de vérification de l'Assurance-maladie. » De même, la section B (Rémunération) de la politique en matière de rémunération par vacations stipule que [Traduction] « Tous les paiements peuvent faire l'objet de surveillance et de vérification. »

2.95 La section 08 (Vérification) du manuel de politiques de l'Assurance-maladie comprend deux politiques : la première traite de la vérification sur place au cabinet du médecin et la deuxième porte sur le Comité de revue professionnelle.

2.96 En plus de la loi et des politiques de l'Assurance-maladie, le pouvoir de vérification est communiqué aux médecins dans la documentation qui leur est fournie. Le *Manuel des médecins* est remis à chaque médecin lorsqu'il ou elle s'inscrit auprès de l'Assurance-maladie. Il contient une description de deux pages sur la « vérification des factures des praticiens » qui débute par un énoncé qui précise que « *Toutes les factures de médecins ou de patients payées par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick peuvent faire l'objet d'une vérification.* » En outre, les médecins rémunérés à l'acte signent une entente de télétransmission de l'Assurance-maladie, qui leur permet de soumettre électroniquement leurs factures aux fins de paiement. La section 7 de

l'entente exige que le praticien permette à l'Assurance-maladie ou à ses représentants autorisés de vérifier leurs dossiers et de prélever des extraits ou de faire des copies.

2.97 Ces pouvoirs semblent s'appliquer également aux paiements à l'acte, salaire et paiements à la vacation versés aux médecins. Par conséquent, le ministère (par l'entremise de son unité de surveillance et d'assurance de la conformité) a le pouvoir de vérifier tous les paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins.

Des ressources sont affectées à la fonction de vérification.

2.98 La fonction de vérification dispose de ressources pour avoir un maximum de six membres. Nous avons examiné de la documentation qui indique qu'au cours des dix exercices allant de 2002 à 2011 le nombre de postes de vérificateur a fluctué de deux (le plus bas) en 2005 et 2006 à six (le plus élevé) en 2004.

Les nouveaux membres du personnel reçoivent de la formation en cours d'emploi.

2.99 L'unité de vérification a un plan de formation documenté. Les nouveaux membres du personnel reçoivent de la formation en cours d'emploi, ce qui améliore leur compétence et l'uniformité du travail de vérification exécuté par l'unité. L'unité de vérification tient des réunions d'équipe régulières et les membres se consultent fréquemment lorsqu'ils travaillent, deux initiatives qui favorisent également l'uniformité.

Un plan de vérification documenté oriente le travail de l'unité.

2.100 Depuis 2011, l'unité de vérification prépare un plan de vérification annuel. Au moment de notre travail, deux plans de vérification avaient été complétés, soit un pour l'exercice 2012 et l'autre pour 2013. Le plan de vérification oriente le travail de l'unité.

2.101 Nous avons examiné le plan de vérification de l'Assurance-maladie 2012-2013 daté du 13 mars 2012 et nous nous sommes entretenus à son sujet avec le personnel du ministère. Il contient un résumé des projets de vérification (soit une brève description du projet avec le personnel qui y est affecté), un échéancier de projet (un graphique qui illustre les projets sur un calendrier), un calendrier (montrant les dates de début et de fin de chaque projet), un tableau des recouvrements prévus et une liste des hypothèses.

Le plan de travail annuel comprend le plan de vérification.

2.102 L'unité de vérification est reconnue pour la préparation d'un plan de travail annuel de l'équipe. Nous avons examiné les plans de travail des dernières années. Ils énumèrent les fonctions et leurs objectifs, le calendrier des travaux et les indicateurs de performance.

Le plan de travail annuel pour 2012 englobait le plan de vérification 2012-2013. En plus des projets de vérification, le plan de travail comprenait des éléments au sujet de la formation et de l'administration.

L'unité de vérification remet un rapport trimestriel au directeur.

2.103 L'unité de vérification rend des comptes au directeur chaque trimestre. Le rapport consiste en une note de service (résumant les activités clés pour la période : dotation, avancement des projets et activité du Comité de revue professionnelle) et un rapport d'une page sur les activités de vérification et les recouvrements qui en ont résulté (fournissant des statistiques telles que le nombre d'activités complétées durant la période, le nombre de médecins touchés, le nombre de vérifications sur place et le montant des recouvrements).

Des politiques et procédures écrites orientent l'unité de vérification.

2.104 Comme il est mentionné précédemment, l'Assurance-maladie a deux politiques en matière de vérification.

2.105 L'unité de vérification a des « étapes de travail » qui fournissent une orientation et des procédures précises documentées pour l'établissement, la corroboration, la présentation et la documentation des recouvrements. L'unité utilise également des gabarits pour les lettres et des formulaires normalisés qui améliorent à la fois l'efficacité et l'uniformité des travaux.

2.106 Le rôle de l'unité de vérification cesse avec la documentation des recouvrements. Il existe une séparation adéquate entre l'établissement et la perception des recouvrements. Les recouvrements découlant des vérifications sont perçus soit par l'unité d'évaluation qui perçoit le montant recouvrable en rectifiant ou réduisant les paiements futurs au médecin, soit par l'unité des services financiers qui reçoit un chèque manuel du médecin pour le montant du recouvrement.

Résumé

2.107 Nous estimons que l'existence d'une unité de vérification au sein de l'Assurance-maladie est un élément positif et très approprié compte tenu de l'ampleur et de la complexité du programme. Les forces de la fonction de vérification actuelle offrent une assise solide sur laquelle on peut bâtir.

Annexe 5 – Constatations détaillées : La fonction de vérification présente plusieurs faiblesses importantes.

La pièce 2.6 - Étendue des paiements d'Assurance-maladie de l'unité de vérification

2.6 Étendue des paiements d'Assurance-maladie de l'unité de vérification		
Catégorie de rémunération des médecins	Paiements d'Assurance-maladie aux médecins 2010-2011	Vérifiés ?
Paiements à l'acte – médecins (note 4)	291 725 033 \$	partiellement
Paiements à l'acte – radiologistes (note 5)	42 357 617	non
Médecins salariés	109 622 799	non
Médecins rémunérés par vacations	63 518 368	non
Autres modes de rémunération	14 291 050	non
Autres	31 734 796	non
Total des paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins	553 249 663 \$	

Remarques :

- Catégorie de rémunération des médecins** – représente les catégories de rémunération que le ministère utilise pour rendre compte des paiements d'Assurance-maladie.
- Paiements d'Assurance-maladie aux médecins 2010-2011** – montants réels comptabilisés dans les documents comptables de la province.
- Vérifiés ?** – précise si les paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins dans la catégorie précitée sont vérifiés par le ministère.
- Paiements à l'acte – médecins** – comprend tous les paiements à l'acte versés par l'Assurance-maladie en 2011 aux médecins dans toutes les spécialités, sauf en radiologie diagnostique et en médecine nucléaire.
- Paiements à l'acte – radiologistes** – comprend tous les paiements à l'acte versés par l'Assurance-maladie en 2011 aux médecins en radiologie diagnostique et en médecine nucléaire.
- Médecins salariés** – comprend tous les paiements à tous les médecins recevant un salaire à titre de rémunération au cours de la période.
- Médecins rémunérés par vacations** – comprend tous les paiements à tous les médecins qui ont reçu une rémunération par vacations (taux horaire) au cours de la période.
- Autres modes de rémunération** – comprend tous les paiements à tous les médecins qui sont des employés ou des contractuels dans le cadre d'un autre mode de rémunération, tel que défini par le ministère ou une régie de la santé.
- Autres** – comprend des éléments comme les allocations pour l'administration et les primes d'encouragement.

Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les données tirées des rapports d'analyse de compte du système d'information financière Oracle de la province du Nouveau-Brunswick – exercice 2011.

Seulement 53 % des paiements d'Assurance-maladie ont fait partie de la population vérifiée.

2.108 Seulement certains types de paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins sont vérifiés. La pièce 2.6 montre l'étendue des paiements d'Assurance-maladie de l'unité de vérification. Jusqu'à récemment, la population des paiements vérifiés a été limitée aux paiements à l'acte automatisés, qui représentait 291 725 033 \$ (53 % du total des paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins).

2.109 ***Les paiements à l'acte versés aux médecins salariés ne sont pas vérifiés régulièrement.*** La politique provinciale à l'égard des médecins salariés énonce que [Traduction] « *Les facturations à l'acte et à la vacation sont surveillées et peuvent faire l'objet d'une vérification.* » Bien que le ministère ait le pouvoir de vérifier les paiements à l'acte versés aux médecins salariés, il ne le fait pas régulièrement. Le personnel du ministère nous a indiqué qu'il leur est difficile de vérifier les paiements à l'acte versés aux médecins salariés parce qu'ils n'ont pas accès aux renseignements nécessaires pour le faire, comme une copie des contrats des médecins, les renseignements complets sur la facturation pro forma et les calendriers de travail des médecins.

2.110 Le ministère nous a informés de son intention de recueillir les renseignements requis et de commencer à vérifier les paiements à l'acte versés aux médecins salariés. Le ministère est en train d'obtenir les contrats des médecins manquants auprès des RRS et insiste que l'exigence de la facturation pro forma soit respectée. Nous avons également remarqué que le plan de vérification de l'Assurance-maladie 2012-2013 comprend un projet touchant les médecins recevant des paiements élevés. Le projet pourra être complété seulement lorsque les renseignements auront été fournis.

2.111 ***Les paiements aux radiologistes n'ont jamais été vérifiés.*** Le travail de l'unité de vérification se concentre sur les factures payées par le système automatisé de paiement des factures de l'Assurance-maladie. Bien que la plupart des médecins rémunérés à l'acte sont payés de cette manière et peuvent faire l'objet d'une vérification, les radiologistes ne le sont pas. L'unité de vérification nous a confirmé qu'elle n'a jamais vérifié les paiements faits aux radiologistes. [Traduction] « *Ces médecins sont payés au moyen d'un mécanisme manuel de paiements à l'acte. [Le ministère] étudie en ce moment un plan pour mieux gérer ce mode de facturation. À l'heure actuelle, en l'absence de données en ligne, l'unité de vérification (maintenant l'unité de la surveillance et de l'assurance*

de la conformité) serait incapable d'examiner efficacement ces services facturés. »¹⁷

2.112 Les paiements salariaux aux médecins ne sont pas vérifiés. La politique de la province à l'égard des médecins salariés établit que [Traduction] « Les services dispensés par les médecins salariés peuvent faire l'objet d'un examen par la section de vérification du ministère. Les médecins salariés doivent présenter une facturation pro forma, tel que l'exige le ministère. ». Bien que le ministère ait le pouvoir de vérifier les paiements salariaux aux médecins, il ne le fait pas actuellement.

2.113 Les paiements à la vacation versés aux médecins ne sont pas vérifiés. La politique en matière de rémunération par vacations précise que [Traduction] « Tous les paiements peuvent faire l'objet d'une surveillance et d'une vérification. » La politique provinciale à l'égard des médecins salariés stipule que [Traduction] « Les factures pour des services à l'acte et à la vacation sont surveillées et peuvent faire l'objet d'une vérification par le ministère. » Bien que le ministère ait le pouvoir de vérifier les paiements à la vacation versés aux médecins, il ne le fait pas actuellement.

2.114 Nous estimons que, bien qu'il soit difficile de vérifier certains types de paiements d'Assurance-maladie, vu l'ampleur des paiements en cause, d'autres méthodes de vérification devraient être étudiées afin que tous les types de paiements (100 %) soient inclus dans la population de vérification.

¹⁷ Réponse documentée de l'unité de surveillance et d'assurance de la conformité du ministère, mai 2012

La pièce 2.7 – Rémunération des médecins 2010-2011

2.7 Rémunération des médecins 2010-2011		
Échelle de rémunération	Nombre de médecins	% du nombre total de médecins
Plus de 1 000 000 \$	16	0,9 %
900 001 \$ à 1 000 000 \$	5	0,3 %
800 001 \$ à 900 000 \$	24	1,3 %
700 001 \$ à 800 000 \$	31	1,6 %
600 001 \$ à 700 000 \$	47	2,5 %
500 001 \$ à 600 000 \$	96	5,1 %
400 001 \$ à 500 000 \$	216	11,5 %
300 001 \$ à 400 000 \$	391	20,9 %
200 001 \$ à 300 000 \$	390	20,8 %
100 001 \$ à 200 000 \$	256	13,7 %
Moins de 100 000 \$	401	21,4 %
Nombre total de médecins	1 873	100,0 %
Remarques :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rémunération – rémunération totale versée aux médecins dans le cadre du programme d'Assurance-maladie qui comprend les paiements à l'acte, les paiements à la vacation et les paiements salariaux versés aux médecins. 2. Échelle de rémunération – échelle de rémunération choisie par le Bureau du vérificateur général aux fins de comparaison. 3. Nombre de médecins – nombre de médecins qui se trouvent dans chaque échelon. 4. Moins de 100 000 \$ – peut comprendre des médecins travaillant à temps partiel, à titre de médecins suppléants, et ceux travaillant seulement une partie de l'année parce qu'ils ont un nouvel emploi ou prennent leur retraite. 5. Nombre total de médecins – total de tous les médecins présentés dans le rapport. 		
<p>Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les données fournies par le ministère – rapport intitulé « Consolidated Practitioners Cumulative Earnings Report IR3542 [IR3542 – CER 2010-2011] » (non vérifié) pour l'exercice 2010-2011.</p>		

Les médecins à revenu élevé ne sont pas tous examinés ou vérifiés.

2.115 La pièce 2.7 montre une échelle de la rémunération des médecins pour 2011. Le tableau présente le nombre et le pourcentage de médecins dans chaque échelon, ainsi que la rémunération totale versée aux médecins dans le cadre du programme d'Assurance-maladie, qui comprend les paiements à l'acte, les paiements à la vacation et les paiements salariaux.

2.116 Voici nos observations sur les données de 2011 présentées dans la pièce 2.7.

- seize médecins ont été payés plus d'un million de dollars chacun.
- 219 des 1 873 médecins (12 %) ont été payés plus d'un demi-million de dollars chacun.
- 826 des 1 873 médecins (44 %) ont été payés plus de 300 000 \$. Veuillez noter que si on exclut les médecins dont la rémunération est inférieure à 100 000 \$ (médecins à temps partiel), ce pourcentage augmente à 56 %.

2.117 Selon le ministère, les chiffres suivants ont été utilisés lors de la préparation du budget de 2011. [Traduction] « La rémunération moyenne estimative d'un médecin généraliste était de 291 418 \$ et celle d'un spécialiste de 420 977 \$ (cette dernière moyenne représente la rémunération moyenne de toutes les spécialités) ». Étant donné ces chiffres, nous estimons qu'une rémunération supérieure aux montants précités devrait être considérée comme élevée.

La pièce 2.8 - Rémunération des médecins par spécialité

2.8 Rémunération des médecins par spécialité							
Spécialité	Nombre de médecins	Rémunération des médecins (nombre et pourcentage) par échelle monétaire					
		> 250 000 \$		> 500 000 \$		>1 000 000 \$	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Médecine générale	846	416	49 %	45	5 %	1	0 %
Radiologie ¹	136	61	45 %	47	35 %	5	4 %
Psychiatrie	96	58	60 %	3	3 %	0	0 %
Anesthésie	94	57	61 %	0	0 %	0	0 %
Chirurgie générale	79	39	49 %	13	16 %	0	0 %
Obstétrique/Gynécologie	73	40	55 %	6	8 %	0	0 %
Pédiatrie	66	39	59 %	4	6 %	1	2 %
Médecine interne	62	34	55 %	11	18 %	0	0 %
Orthopédie	50	29	58 %	4	8 %	0	0 %
Pathologie anatomique	34	21	62 %	2	6 %	0	0 %
Ophthalmologie	29	23	79 %	18	62 %	7	24 %
Cardiologie	27	21	78 %	13	48 %	1	4 %
Otolaryngologie – Chirurgie de la tête et du cou	22	15	68 %	4	18 %	0	0 %
Urologie	22	20	91 %	6	27 %	0	0 %
Oncologie ²	21	17	81 %	4	19 %	1	5 %
Chirurgie plastique	20	12	60 %	3	15 %	0	0 %
Pathologie générale	18	11	61 %	3	17 %	0	0 %
Neurologie	16	12	75 %	1	6 %	0	0 %
Médecine d'urgence	13	3	23 %	0	0 %	0	0 %
Dermatologie	12	10	83 %	4	33 %	0	0 %
Gastroentérologie	12	9	75 %	6	50 %	0	0 %
Néphrologie	12	10	83 %	5	42 %	0	0 %
Pneumologie	12	7	58 %	2	17 %	0	0 %
Médecine physique	11	10	91 %	0	0 %	0	0 %
Rhumatologie	11	7	64 %	0	0 %	0	0 %
Neurochirurgie	10	9	90 %	9	90 %	0	0 %
Autres ³	69	41	59 %	6	9 %	0	0 %
	1 873	1 031	55 %	219	12 %	16	1 %

Remarques :

Rémunération – total des paiements d'Assurance-maladie versés à un médecin, quel que soit le type de paiement.

Spécialité – concentration de la pratique du médecin selon le rapport « Cumulative Earnings Report ».

- « Radiologie » comprend à la fois la radiologie diagnostique et la médecine nucléaire.
- « Oncologie » comprend à la fois l'onco-radiologie et l'oncologie médicale.
- « Autres » comprend toutes les autres spécialités qui ont moins de 9 médecins, comme la gériatrie.

Nombre de médecins – nombre total de médecins dans le rapport qui ont été inclus dans la spécialité.

Rémunération des médecins (nombre et pourcentage) par échelle monétaire

« > 250 000 \$ », « > 500 000 \$ » « > 1 000 000 \$ » – nombre de médecins dans une spécialité et le pourcentage (%) – exprimé comme pourcentage du nombre total dans la spécialité – des médecins dont la rémunération totale de l'Assurance-maladie dépasse la valeur monétaire précisée.

Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les données fournies par le ministère – rapport intitulé « Consolidated Practitioners Cumulative Earnings Report IR3542 [IR3542 – CER 2010-2011] » (non vérifié) pour l'exercice 2010-2011

2.118 La pièce 2.8 montre la rémunération des médecins pour 2011 par spécialité. Les spécialités sont énumérées selon le nombre de médecins dans chaque spécialité, ce qui veut dire que celle avec le plus grand nombre de médecins est en premier. La pièce 2.8 donne également pour chaque spécialité le nombre et le pourcentage de médecins qui ont été payés plus de 250 000 \$, 500 000 \$ et 1 000 000 \$.

2.119 La pièce 2.8 démontre ce qui suit :

- Beaucoup plus de médecins sont spécialisés en médecine générale que dans toute autre spécialité. Il y avait 846 omnipraticiens rémunérés par l'Assurance-maladie en 2011.
- On comptait 219 médecins qui ont été payés plus d'un demi-million de dollars, ce qui représente 12 % de tous les médecins qui ont reçu des paiements de l'Assurance-maladie.
- Sept ophtalmologistes (24 %) ont été payés plus d'un million de dollars en 2011.
- Il y a seulement quatre spécialités qui n'avaient pas de médecins qui n'avaient pas reçu de l'Assurance-maladie une rémunération supérieure à 500 000 \$ (anesthésie, médecine d'urgence, médecine physique et rhumatologie).

La pièce 2.9 - 16 médecins ont été payés plus d'un million de dollars au cours de l'exercice 2010-2011
(médecins énumérés selon leur spécialité)

2.9 16 médecins ont été payés plus d'un million de dollars au cours de l'exercice 2010-2011 (médecins énumérés selon leur spécialité)			
Spécialité	Rémunération totale	Moyenne de la spécialité	Rémunération > moyenne de la spécialité
Ophtalmologie	1 652 786 \$	667 516 \$	985 270 \$
Radiologie	1 430 121	335 155	1 094 966
Médecine générale	1 364 489	255 623	1 108 866
Ophtalmologie	1 342 005	667 516	674 489
Ophtalmologie	1 318 853	667 516	651 337
Ophtalmologie	1 144 401	667 516	476 885
Radiologie	1 125 367	335 155	790 212
Radiologie	1 116 342	335 155	781 187
Ophtalmologie	1 104 288	667 516	436 772
Oncologie	1 077 693	391 200	686 493
Radiologie	1 076 198	335 155	741 043
Cardiologie	1 075 866	440 493	635 373
Ophtalmologie	1 069 452	667 516	401 936
Radiologie	1 067 345	335 155	732 190
Ophtalmologie	1 039 540	667 516	372 024
Pédiatrie	1 036 053	245 088	790 965

Remarques :

- Spécialité** – concentration de la pratique du médecin selon le rapport « Cumulative Earnings Report ».
Radiologie – médecin pratiquant la radiologie diagnostique ou la médecine nucléaire.
Oncologie – médecin pratiquant l'oncologie médicale ou l'onco-radiologie.
- Rémunération totale** – total des paiements versés à un médecin quel que soit le type de paiements.
- Moyenne de la spécialité** – moyenne du total des paiements supérieurs à zéro à tous les médecins dans la spécialité mentionnée comme calculée selon le rapport « CER ».
- Rémunération > moyenne de la spécialité** – excédent du total des paiements d'Assurance-maladie versé au médecin sur la moyenne de la spécialité.

Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les données fournies par le ministère – rapport intitulé « Consolidated Practitioners Cumulative Earnings Report IR3542 [IR3542 – CER 2010-2011] » (non vérifié) pour l'exercice 2010-2011.

2.120 Seize médecins ont été payés plus d'un million de dollars dans le cadre du programme d'Assurance-maladie en 2011. La pièce 2.9 énumère les 16 médecins les mieux rémunérés selon leur spécialité plutôt que par leur nom. La « Rémunération totale » représente le total des paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins et comprend les paiements à l'acte, les paiements à la vacation et les paiements salariaux. La pièce 2.9 montre également le montant de la rémunération totale du médecin qui excède la moyenne de la rémunération de sa spécialité.

2.121 Voici nos observations au sujet des 16 médecins dans La pièce 2.9 :

- Sept (44 %) pratiquaient l'ophtalmologie, représentant environ 24 % des 29 ophtalmologistes inscrits dans le rapport du ministère. L'unité de vérification mène actuellement une vérification de cette spécialité. La vérification englobe tous les médecins dans cette spécialité et des codes spécifiques sont examinés.
- Cinq (31 %) pratiquent la radiologie (radiologie diagnostique ou médecine nucléaire). Les paiements faits à la spécialité de radiologie ne sont pas surveillés par le ministère et ne sont pas vérifiables actuellement. Aucun de ces cinq radiologistes n'a vu sa rémunération vérifiée par le ministère.
- Quatre médecins pratiquaient la pédiatrie, la cardiologie, l'oncologie et la médecine générale respectivement. Aucun de ces quatre médecins n'a vu sa rémunération vérifiée récemment par le ministère. (Les paiements à deux des quatre médecins ont été vérifiés en 2002 et des recouvrements ont été effectués auprès des deux médecins.)

2.122 Pour chacun des 16 médecins, nous avons comparé leur rémunération totale à la moyenne de rémunération de leur spécialité. Voici nos observations :

- Un médecin, soit un omnipraticien, a gagné 1 364 489 \$ – ce qui dépasse la moyenne de 255 623 \$ de la spécialité par 1 108 866 \$ (434 %).
- Deux médecins ont dépassé par 323 % et 327 % la moyenne de leur spécialité. L'un est en pédiatrie et a gagné 1 036 053 \$ – ce qui dépasse la moyenne de 245 088 \$ de la spécialité par 790 965 \$ (323 %). L'autre était en radiologie et a gagné 1 430 121 \$ – ce

qui dépasse la moyenne de 335 155 \$ de la spécialité par 1 094 966 \$ (327 %).

- Quatre des autres médecins spécialisés en radiologie ont dépassé la moyenne de leur spécialité par plus de 200 %.
- Quatre médecins ont dépassé la moyenne de leur spécialité par plus de 100 %. Deux étaient en ophtalmologie, un en cardiologie et un en oncologie.
- Cinq médecins ont dépassé la moyenne de leur spécialité par un pourcentage variant de 56 % à 100 % et ils étaient tous spécialisés en ophtalmologie.

2.123 Nous estimons que le ministère devrait recenser les médecins à rémunération élevée et ceux qui gagnent beaucoup plus que la moyenne de leur spécialité, examiner leur rémunération pour en déterminer le caractère raisonnable et la vérifier si elle est douteuse.

La pièce 2.10 - Recouvrements de l'unité de vérification sur une période de 10 ans

2.10 Recouvrements de l'unité de vérification sur une période de 10 ans		
Exercice	Recouvrements ajustés	Recouvrements ajustés / vérificateur
2010-2011	312 143 \$	78 036 \$
2009-2010	109 819	36 606
2008-2009	4 492	1 497
2007-2008	21 539	7 180
2006-2007	15 868	5 289
2005-2006	35 528	17 764
2004-2005	63 877	31 939
2003-2004	65 019	13 004
2002-2003	75 023	25 008
2001-2002	22 504	7 501
Moyenne	72 581 \$	20 726 \$

Remarques :

- Exercice** – période de présentation d'information financière du gouvernement du Nouveau-Brunswick (du 1^{er} avril au 31 mars).
- Recouvrements ajustés** – montant déterminé par l'Assurance-maladie à partir des paiements erronés découlant des vérifications seulement. Il se peut qu'ils aient ou non été réellement perçus. Dans la mesure du possible, les recouvrements bruts ont été ajustés pour refléter seulement les recouvrements réels, sauf pour les éléments comme les recouvrements de Travail sécuritaire NB et les économies prévues.
- Recouvrements ajustés / vérificateur** – montant des recouvrements ajustés divisé par le nombre de postes d'équivalent temps plein, comblés et disponibles au travail au cours de l'exercice tel que dénoté par le ministère. Au cours de la période de 10 ans, le nombre de postes de vérificateur a fluctué de deux (le plus bas) en 2004-2005 et 2005-2006 à six (le plus élevé) 2003-2004.

Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les données fournies par le ministère :

- Résumé des activités de vérification et des recouvrements (non vérifié) pour chacun des exercices précités.
- Résumé trimestriel des activités de vérification et des recouvrements (non vérifié) pour chacun des exercices précités.

Les recouvrements de paiements erronés sont faibles.

2.124 La pièce 2.10 montre les recouvrements de l'unité de vérification sur une période de 10 ans. (Ces chiffres ne comprennent pas les recouvrements de TSNB, qui sont

présentés plus loin dans la pièce 2.11.)

2.125 Voici nos observations découlant de notre examen des recouvrements établis au cours de la période de dix ans :

- Les recouvrements établis par l'unité de vérification varient de 4 492 \$ au cours de l'exercice 2009 à 312 143 \$ au cours de l'exercice 2011. La moyenne annuelle des recouvrements pour la période a été de 72 581 \$ et celle par vérificateur de 20 726 \$.
- Le nombre de vérificateurs a fluctué au cours de la période. La moyenne de recouvrements calculée par poste de vérificateur varie de 1 497 \$ pour l'exercice 2009 à 78 036 \$ pour l'exercice 2011. La moyenne des recouvrements par poste de vérificateur a été inférieure à 8 000 \$ pour quatre exercices et supérieure à 25 000 \$ pour quatre exercices au cours de la décennie.
- Les recouvrements signalés par l'unité de vérification représentent les montants établis comme paiements erronés aux médecins, et ils peuvent avoir été ou non réellement perçus. Les recouvrements qui ont été perçus et repris par la suite (et l'argent remis au médecin) sont également inclus dans les montants présentés. Par conséquent, les recouvrements nets réels sont donc moins élevés que ceux montrés dans La pièce 2.10.
- Le personnel du ministère nous a dit que, pour la période englobant les exercices 2009 et 2010, le ministère avait cessé toute vérification par suite d'un avis juridique lui recommandant de le faire jusqu'à ce qu'un processus officiel d'appel soit instauré. Cet évènement explique le faible montant de recouvrements de l'exercice 2009.

2.126 Nous estimons que les montants de recouvrements sont faibles étant donné que les dépenses d'Assurance-maladie de 2011 ont dépassé un demi-million de dollars. Pour 2011, les recouvrements de 312 143 \$ découlant des vérifications sont négligeables par rapport aux dépenses d'Assurance-maladie de 553 millions de dollars. Le plan de vérification de l'Assurance-maladie de 2012-2013 prévoit des recouvrements de 3,21 millions de dollars (excluant les recouvrements de TSNB.). Le plan est fondé sur une équipe de vérification de cinq membres.

2.127 En plus de surveiller la conformité avec la loi, les ententes et les politiques et de relever les paiements incorrects à recouvrer, une solide fonction de vérification

a un effet dissuasif pour les médecins qui facturent de manière inappropriée l'Assurance-maladie. Nous estimons que le ministère a une occasion d'accroître les recouvrements découlant des vérifications ou de réaliser des économies pour le programme. L'élargissement de l'étendue du travail de l'unité de vérification pour englober tous les paiements d'Assurance-maladie, le recours à une stratégie de vérification axée sur les risques, et la résolution des autres questions soulevées dans le cadre de notre examen devraient aider le ministère à réaliser certaines de ces importantes économies pour le programme.

La reprise des recouvrements sape la crédibilité de l'unité de vérification.

2.128 Les recouvrements établis par l'équipe de vérification sont corroborés et bien documentés. Par conséquent, nous avons été surpris de constater que parfois les recouvrements établis n'avaient pas été perçus. En outre, dans certains cas, les recouvrements récupérés initialement ont été remboursés aux médecins.

2.129 Voici nos observations découlant de notre examen des recouvrements repris et remboursés :

- La documentation appuyant la non-récupération ou le remboursement des recouvrements déjà récupérés est inadéquate. De même, il n'existe pas de procédures écrites pour l'autorisation requise ou le processus à suivre pour la reprise ou le remboursement des recouvrements.
- Les recouvrements repris ou remboursés ne font pas l'objet d'un suivi.
- Les recouvrements découlant des vérifications sont surévalués dans les rapports de gestion parce que les recouvrements repris ne sont pas déduits des recouvrements présentés dans les rapports trimestriels ou annuels préparés par l'unité de vérification.
- C'est un gaspillage de ressources en personnel et démoralisant pour le personnel de vérification lorsque des recouvrements corroborés ne sont pas perçus, ou sont perçus, mais par la suite remboursés aux médecins. De plus, cela sape la crédibilité de l'unité de vérification. On nous a dit que les reprises et les remboursements de recouvrements surviennent lorsqu'il y a un manque de clarté dans le *Manuel des médecins*, ou des divergences d'opinions quant à l'interprétation de l'information dans ce manuel. Dans ce cas, le ministère décide souvent de ne pas

poursuivre la perception des recouvrements.

2.130 Nous estimons qu'il devrait y avoir des procédures écrites pour l'autorisation, le traitement, l'enregistrement et l'examen de la reprise et du remboursement des recouvrements. Il devrait également exister un journal des reprises et des remboursements de recouvrements pour en faciliter le suivi et la divulgation.

2.131 Nous avons examiné un rapport intitulé *Medicare Internal Control Review* préparé par le Bureau du contrôleur en 2000. Il contient plusieurs recommandations [Traduction] « pour améliorer la gestion des recouvrements d'Assurance-maladie découlant des vérifications. » Une des recommandations que le ministère n'a pas mise en œuvre était [Traduction] « que l'Assurance-maladie rédige des lignes directrices pour appuyer les activités exercées par le personnel en matière de récupération des montants payés en trop aux médecins. Les exceptions aux lignes directrices devraient être documentées dans les dossiers de vérification des médecins aux fins d'enquête par un tiers. » Bien que le ministère ait mis en œuvre la première partie de cette recommandation, la documentation des « exceptions » n'est toujours pas résolue.

Nous avons constaté des inefficacités dans les processus de l'unité de vérification.

2.132 Dans le cadre de nos rencontres avec le personnel du ministère et de notre examen du travail de l'unité de vérification, nous avons établi que les domaines suivants avaient besoin d'être améliorés, selon nous :

- La source d'idées pour des projets de vérification devrait être élargie pour inclure des procédures d'examen analytique et un examen régulier des rapports d'anomalies standard, ce qui permettrait de découvrir les médecins et les codes de facturation qui présentent le plus haut risque de trop-payés ou d'abus. Ce changement pourrait occasionner des économies plus importantes. Bien que la documentation de l'unité de vérification stipule que [Traduction] « les vérifications sont lancées à la suite des renseignements internes ou externes (c'est-à-dire des appels et/ou des lettres de médecins ou de patients; des organismes d'application de la loi), de l'examen de profils et des rapports d'anomalies », les renseignements internes ou externes constituent actuellement la principale source des projets de vérification. Le personnel du ministère nous a confirmé que l'examen analytique régulier de rapports spécifiques et l'examen régulier des rapports

d'anomalies standard n'étaient pas effectués aux fins de vérification.

Nous estimons que le ministère devrait former le personnel et déterminer ou élaborer des rapports d'anomalies au besoin afin de mettre en œuvre une stratégie de vérification axée sur les risques.

Nous avons trouvé des rapports qui, selon nous, seraient utiles à cette fin et avons confirmé qu'ils n'étaient pas utilisés régulièrement par l'unité de vérification. Plusieurs des constatations énoncées dans le présent rapport sont le résultat de notre analyse de ces rapports.

Une autre recommandation formulée par le Bureau du contrôleur en 2000 [*Traduction*] « *pour améliorer la gestion des recouvrements d'Assurance-maladie découlant des vérifications* », que le ministère n'a pas mise en œuvre, était [*Traduction*] « *de vérifier chaque praticien à temps plein utilisant le rapport de 'profil du praticien par code de service individuel' sur une période de 12 mois.* » Nous estimons que la recommandation est à la fois pertinente et pratique. Si un examen annuel de chaque médecin n'est pas pratique, le ministère pourrait choisir une période plus longue (de trois à cinq ans) et faire tous les médecins par rotation. Actuellement, l'unité de vérification examine le rapport du profil du praticien seulement pour les médecins qui sont vérifiés.

- La loi autorise l'unité à examiner la facturation des médecins pour les dernières sept années. Normalement, l'unité de vérification examine quelques mois seulement. Elle pourrait maximiser les recouvrements en élargissant la période d'examen lorsque l'on croit qu'il existe une forte possibilité de déceler des recouvrements.
- La préparation et la présentation des rapports de gestion trimestriels de l'unité de vérification exigent beaucoup de temps. Nous avons examiné les rapports de plusieurs années et avons trouvé des incohérences et quelques erreurs. Ils ne donnaient pas d'information pertinente. Par exemple, les recouvrements sont présentés par exercice et non par projet de vérification, ce qui rend difficile pour la direction de déterminer quel travail donne les recouvrements les plus élevés. La direction a convenu que les pratiques d'établissement de rapports devraient être révisées.

- Les documents électroniques que prépare l'unité de vérification ne sont pas bien organisés. Le personnel du ministère nous a dit à plusieurs occasions que souvent il ne peut pas trouver l'information dans le système électronique de gestion des dossiers. Nous avons examiné le dossier partagé de l'unité de vérification et avons constaté qu'il contenait plus de 200 sous-dossiers (plusieurs n'étant pas bien étiquetés) et que la plupart de ces 200 sous-dossiers contenaient également des sous-dossiers. Nous avons remarqué que l'attribution de noms aux fichiers et aux dossiers n'est pas normalisée. Nous avons également noté qu'un même document était sauvegardé dans plusieurs dossiers.
- Outre les vérifications, les projets d'examen après paiement et les travaux liés à la vérification (tels que la préparation de cas pour le CRP, l'appui fourni pour les causes judiciaires; la tenue de réunions d'équipe, la participation dans le processus d'appel, la préparation de rapports sur le travail de l'unité, la mise à jour des étapes de travail, etc.), le plan annuel de travail de l'unité de vérification contenait plusieurs responsabilités non liées à la vérification. Étant donné que la priorité du personnel de l'unité de vérification devrait être de déceler des recouvrements dans le cadre de leur travail de vérification, le fait de consacrer beaucoup de temps à des responsabilités administratives ne semble pas être une bonne utilisation de son temps. Afin de maximiser le temps disponible pour déceler des recouvrements, le ministère devrait examiner et, dans la mesure du possible, réaffecter les responsabilités des vérificateurs non liées à la vérification.
- Le processus pour déterminer les recouvrements ayant trait à des factures de Travail sécuritaire NB est inefficace parce qu'il consiste à examiner manuellement des rapports sur papier de plusieurs milliers de pages. Cette question est analysée plus en détail dans l'annexe 6.

Les rapports sur la performance de la fonction de vérification sont limités.

2.133 Actuellement, l'unité de vérification prépare un plan de vérification annuel contenant les recouvrements prévus et il présente au directeur des rapports trimestriels sur les recouvrements réels qui ont été relevés. Toutefois, la performance de l'unité de vérification de l'Assurance-maladie ne fait pas l'objet d'un rapport destiné au public.

2.134 À notre avis, le ministère devrait présenter dans un

rapport destiné au public la performance réelle de son unité de vérification en comparaison des objectifs de recouvrements et justifier les écarts. De tels renseignements sur la performance devraient faire partie du rapport annuel du ministère.

Résumé

2.135 Les recouvrements de paiements erronés d'Assurance-maladie sont faibles. Compte tenu de l'ampleur des paiements en cause, nous estimons que tous les types de paiements d'Assurance-maladie versés aux médecins (100 %) devraient être inclus dans la population de vérification. Nous estimons que le ministère devrait former le personnel et déterminer ou élaborer des rapports d'anomalies au besoin afin de mettre en œuvre une stratégie de vérification axée sur les risques. Par exemple, les médecins à revenus élevés devraient être décelés, leur rémunération devrait être examinée pour en déterminer le caractère raisonnable et être vérifiée si elle s'avère suspecte.

2.136 L'élargissement de l'étendue du travail de l'unité de vérification pour englober tous les paiements d'Assurance-maladie, le recours à une stratégie de vérification axée sur les risques et la résolution des questions soulevées dans le cadre de notre examen devraient aider le ministère à réaliser d'importantes économies pour le programme.

Annexe 6 – Constatations détaillées : Il existe des problèmes à déceler les facturations inappropriées des médecins dans le cas des blessures en milieu de travail.

La pièce 2.11 - Recouvrements d'Assurance-maladie ayant trait à des factures de Travail sécuritaire NB sur une période de 10 ans

2.11 Recouvrements d'Assurance-maladie ayant trait à des factures de Travail sécuritaire NB sur une période de 10 ans		
Exercice	Recouvrements	Recouvrements relevés par :
2010-2011	246 918 \$	Unité de vérification
2009-2010	415 752	Unité de vérification
2008-2009	503 025	Unité de vérification
2007-2008	190 760	Unité de vérification
2006-2007	-	-
2005-2006	400 260	Unité d'évaluation
2004-2005	359 727	Unité d'évaluation
2003-2004	-	-
2002-2003	362 267	Unité de liaison et d'évaluation
2001-2002	218 086	Unité de liaison et d'évaluation
Total des recouvrements	2 696 795 \$	
Remarques :		
<ol style="list-style-type: none"> Travail sécuritaire NB – Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail. Exercice – période de présentation d'information financière du gouvernement du Nouveau-Brunswick (du 1^{er} avril au 31 mars). Recouvrements – paiements que l'Assurance-maladie récupère des médecins parce que 1) le médecin en facturé en double à la fois l'Assurance-maladie et TSNB pour le même service, et 2) le médecin a présenté une facture inappropriée auprès de l'Assurance-maladie pour un service lié à une blessure qui aurait dû être réclamé auprès de TSNB. Recouvrements relevés par : unité de l'Assurance-maladie responsable de compléter le processus de recouvrement auprès de TSNB au cours de la période précisée. 		
Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les informations non vérifiées fournies par le ministère.		

Les recouvrements ayant trait à des factures de TSNB sont importants.

2.137 Les recouvrements d'Assurance-maladie ayant trait à des factures payées par Travail sécuritaire NB (TSNB) sont présentés dans la pièce 2.11. La pièce 2.11 fournit de l'information pour une période de 10 ans, soit pour les

exercices 2002 à 2011. Il montre qu'au cours de l'exercice 2009 les recouvrements d'Assurance-maladie ayant trait à des factures de TSNB se sont chiffrés à plus d'un demi-million de dollars (503 025 \$) et à plus de 400 000 \$ pour les exercices 2006 et 2010. Les recouvrements ayant trait à des factures de TSNB sont importants. (La pièce 2.11 n'affiche aucun recouvrement pour les exercices 2004 à 2007. Le personnel du ministère nous a expliqué que les recouvrements n'ont pas été établis au cours de ces exercices à cause d'un manque de ressources humaines.)

Certains médecins facturent à la fois l'Assurance-maladie et TSNB pour le même service.

2.138 Le programme d'Assurance-maladie est un payeur de dernier recours, ce qui veut dire que si un patient détient une autre assurance médicale c'est son assureur qui paie et non pas l'Assurance-maladie.

- Cette exigence est stipulée dans les règlements. Les services admissibles exclus y sont énumérés et les factures de TSNB font partie de ces exclusions.
- L'article 9 de l'Entente-cadre sur la rémunération à l'acte stipule que le paiement d'Assurance-maladie est l'unique paiement pour les services dispensés.
- Les médecins se le font rappeler lorsqu'ils signent l'accord du praticien participant (voir la pièce 2.12) sur le Formulaire d'inscription des praticiens à l'Assurance-maladie.

La pièce 2.12 - Accord du praticien participant

2.12	Accord du praticien participant
<p>Si vous désirez participer au régime d'Assurance-maladie, veuillez signer la déclaration suivante.</p> <p>Je soussigné(e), praticien dûment inscrit/chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial dûment inscrit, désire exercer ma profession conformément à la <i>Loi sur le paiement des services médicaux</i> et les règlements établis en vertu de cette loi. Je consens en particulier à accepter comme règlement intégral les honoraires versés par la direction de l'Assurance-maladie pour tout service assuré que je dispenserai et pour lequel je présenterai une facture à la direction de l'Assurance-maladie et à ne présenter à quiconque nulle autre facture relativement à ce service.</p> <p>Signature du praticien _____ Date _____</p>	
<p>Source : <i>Formulaire d'inscription des praticiens à l'Assurance-maladie</i></p>	

2.139 Certains médecins facturent à la fois l'Assurance-maladie et TSNB pour le même service. Aux termes du règlement, cette pratique est interdite en vertu de l'accord du praticien participant et de l'Entente-cadre sur

la rémunération à l'acte. Le ministère devrait prendre des mesures immédiates pour corriger cette double facturation.

2.140 Lorsque le ministère constate que des paiements d'Assurance-maladie ont été faits pour les mêmes services que ceux qui ont été payés par TSNB, il les recouvre. Ils représentent une partie des recouvrements présentés dans la pièce 2.11. Le personnel du ministère nous a révélé que de nombreux médecins se retrouvent souvent sur la liste des recouvrements.

2.141 Le personnel du ministère nous a également informés de cas où le médecin facture l'Assurance-maladie, puis apprend plus tard que le service a trait à une facture de TSNB. Il en informe donc l'Assurance-maladie afin que le paiement précédent puisse être repris. Vu que le programme d'Assurance-maladie repose sur l'honnêteté et l'intégrité du médecin lorsqu'il présente ses factures pour des services à l'acte, il est rassurant d'entendre de tels cas.

Certains médecins salariés sont payés deux fois pour des services dispensés ayant trait à TSNB.

2.142 Les médecins salariés présentent des factures pro forma pour les services dispensés, ce qui permet au dossier du patient d'être complet. Nous avons appris que le ministère décèle parfois des factures pro forma pour les mêmes services qui ont été payés par TSNB. Cette situation signifie que certains médecins salariés sont payés par TSNB ainsi que par l'Assurance-maladie pour le même service; le médecin est donc payé deux fois pour un service lié à TSNB. Nous estimons que les médecins devraient être payés une fois, et seulement une fois pour les services dispensés.

Le processus actuel pour relever les recouvrements de TSNB est inefficace.

2.143 Après avoir reçu les renseignements de TSNB portant sur les factures payées, l'Assurance-maladie produit un rapport qui est examiné pour relever les recouvrements de TSNB. Ce rapport est examiné manuellement chaque trimestre par l'unité de vérification. Nous avons examiné les deux derniers rapports et avons constaté qu'ils contenaient 25 745 et 24 741 pages respectivement.

2.144 Pour des fins de statistiques, on enregistre dans un journal le montant total des montants repris et le nombre de factures rectifiées. Cet élément probant documenté démontre, autant au personnel qu'au ministère, que les recouvrements de TSNB sont importants.

2.145 Le repérage des recouvrements de TSNB est inclus dans le plan de vérification de l'Assurance-maladie 2012-2013. Les recouvrements prévus de TSNB sont de 547 291 \$ et on estime qu'il faudra vingt semaines de

vérification pour effectuer le travail (c'est-à-dire l'ensemble des cinq vérificateurs pendant une semaine à chaque trimestre).

2.146 Le même procédé est utilisé depuis un bon nombre d'années. Les membres du personnel ont fait part de préoccupations, comme suit :

- le processus est inefficace [*Traduction*] (« le système actuel pour repérer les factures de TSNB et statuer sur celles-ci repose sur des documents papier volumineux, alourdissant ainsi un processus lent et inefficace »¹⁸);
- le risque de ne pas relever tous les recouvrements en raison du manque de descriptions détaillées fournies par les médecins à l'Assurance-maladie et à TSNB. (Par exemple, la description de la blessure corporelle est ambiguë : « systèmes multiples », « plusieurs parties du corps » ou « extrémités inférieures ».)

2.147 Une autre recommandation formulée par le Bureau du contrôleur en 2000 [*Traduction*] « pour améliorer la gestion des recouvrements d'Assurance-maladie découlant des vérifications », que le ministère n'a pas mise en œuvre, était [*Traduction*] « que l'Assurance-maladie demande à la CSSIAT d'envisager fournir plus de renseignements dans les rapports de traitement aux fins de vérification. » Nous estimons que la recommandation est à la fois pertinente et pratique.

2.148 Nous avons discuté de ces inefficiences avec le personnel du ministère et la direction a convenu qu'il fallait réviser le procédé pour relever et recouvrer les montants liés aux factures de TSNB et de mettre en œuvre des changements en vue de l'améliorer.

Il existe des procédures écrites pour les recouvrements de TSNB.

2.149 Des procédures écrites fournissent normalement une orientation et des directives qui contribuent à l'uniformité du travail effectué. Il existe des procédures écrites pour les recouvrements de TSNB. Nous avons examiné les procédures formulées dans le document intitulé « WSNB Job Steps » et les avons trouvées complètes.

Les recouvrements de TSNB sont actuellement la responsabilité de l'unité de vérification.

2.150 Le procédé pour relever les paiements d'Assurance-maladie ayant trait à des factures payées par TSNB est relativement facile. C'est une simple comparaison entre les services payés par l'Assurance-maladie dans

¹⁸ Renseignements fournis par le ministère – document intitulé *WHSCC & Medicare ... Information Sharing*

l'historique d'un patient et les factures payées par TSNB en vue de repérer les services d'Assurance-maladie liés à une blessure en milieu de travail (facture payée par TSNB).

2.151 Actuellement, le repérage des recouvrements de TSNB est la responsabilité de l'unité de vérification. Cette tâche n'a pas besoin d'être accomplie par l'unité de vérification. La pièce 2.11 montre qu'au cours des dix dernières années le travail a été fait par diverses unités de l'Assurance-maladie. Si la responsabilité de repérer les recouvrements de TSNB était réaffectée, alors l'unité de vérification aurait du temps de disponible pour exécuter plus de vérifications. Cette mesure augmenterait probablement l'ensemble des recouvrements de paiements inappropriés d'Assurance-maladie.

Résumé

2.152 Les recouvrements d'Assurance-maladie liés aux factures de TSNB à hauteur de 400 000 \$ par année sont importants. Certains médecins facturent à la fois l'Assurance-maladie et TSNB pour le même service. Comme cette pratique est interdite en vertu des règlements, nous estimons que le ministère devrait prendre des mesures immédiates pour corriger la double facturation. Certains médecins salariés sont payés deux fois pour des services dispensés qui sont liés à TSNB. Nous estimons que les médecins devraient être payés une fois, et seulement une fois pour les services dispensés.

Annexe 7 – Constatations détaillées : L’application de la conformité des médecins avec la loi et les politiques ministérielles qu’effectue le ministère a besoin d’être renforcée.

Le ministère n’a pas de politique en matière d’application.

2.153 Généralement, une politique en matière d’application décrit les sanctions imposées en vue d’assurer la conformité avec la loi, les règlements, les politiques, etc. et stipule les conséquences en cas de non-respect. Des procédures écrites en matière d’application précisent normalement les rôles et responsabilités des personnes concernées ainsi que le moment des mesures prévues. Le ministère n’a pas de politique en matière d’application pour l’Assurance-maladie. En outre, le ministère n’a pas de procédures écrites en cette matière.

Nous avons relevé des situations où l’application de la conformité des médecins avec la loi et les politiques ministérielles qu’effectue le ministère a besoin d’être renforcée.

2.154 Nous avons relevé les situations suivantes qui démontrent que les mesures d’application du ministère font défaut :

- *Le ministère n’applique pas la Loi auprès des médecins qui facturent le programme d’Assurance-maladie de manière inappropriée.* Comme nous l’avons soulevé précédemment dans le présent rapport, certains médecins facturent en double ou de manière inappropriée l’Assurance-maladie en plus de TSNB. Le personnel du ministère nous a révélé que de nombreux médecins le font répétitivement. Selon notre interprétation de l’article 11 de la *Loi*, nous estimons qu’il est interdit de facturer deux parties pour le même service.

Outre le fait de recouvrer les paiements d’Assurance-maladie pour les services payés par TSNB, le ministère ne fait rien. En laissant les médecins facturer l’Assurance-maladie en plus de TSNB, le ministère n’applique pas la Loi.

- *Le ministère n’applique pas sa politique qui requiert la facturation pro forma.* Un autre exemple démontrant le manque d’application de la part du ministère a trait aux médecins salariés et à la facturation pro forma. Bien que la facturation pro forma ait toujours été requise pour les médecins salariés, le ministère en n’a pas assuré le respect. Nous avons constaté que même si le ministère a pris des mesures en 2006 pour résoudre les cas de non-respect, il y avait toujours un taux de 20 % de non-respect en date de septembre 2011. Il semble que les

médecins qui ne respectent pas l'exigence ne sont pas pénalisés; le ministère n'applique donc pas la politique.

- *Les factures actuelles de radiologie ne respectent pas le Manuel des médecins et les règlements.* Nous avons constaté que le *Manuel des médecins* stipule que « Depuis le printemps 1992, la seule voie acceptée pour soumettre à l'Assurance-maladie des factures pour les services à l'acte est par moyen électronique. » Vingt ans plus tard, la plupart des factures de radiologie sont toujours soumises manuellement et ne respectent pas l'exigence stipulée dans les règlements reproduits dans la pièce 2.17. plus loin dans le présent chapitre.

Il n'y a pas de conséquence en cas de surfacturation de l'Assurance-maladie.

2.155 Actuellement, il n'y a pas de conséquence à ne pas respecter la loi et les politiques de l'Assurance-maladie. La Loi autorise le ministère à révoquer les privilèges de facturation d'un médecin. Cependant, le ministère nous a informés qu'il n'a jamais pris une telle mesure d'application et qu'il n'a jamais eu recours à des sanctions, comme réclamer des frais d'intérêt ou imposer des amendes.

2.156 Le personnel du ministère nous a fait part de commentaires à l'effet que le ministère avait besoin d'appliquer des mesures d'application plus rigoureuses aux médecins.

- Il n'y a aucune incitation pour un médecin à facturer de manière appropriée. Par contre, il y a un intérêt pécuniaire à le faire.
- Comme la vérification est fondée sur l'échantillonnage, une vérification peut ou ne peut pas trouver des facturations inappropriées.
- Même si la vérification découvre des facturations inappropriées, l'étendue de la vérification se limite à quelques mois seulement. Les montants potentiellement recouvrables en dehors de la période vérifiée ne seraient pas établis.
- Si un montant doit être remboursé par le médecin, il n'y a pas de sanctions, comme des amendes, des frais d'intérêt ou des frais administratifs, qui sont imposées.

Résumé

2.157 Nous estimons que le ministère devrait appliquer la loi en vigueur qui l'autorise à établir une série de sanctions progressives qui pourrait dissuader un médecin de facturer de façon inappropriée. Il devrait y avoir des conséquences

lorsqu'un médecin présente répétitivement des factures erronées. Des conséquences telles que des amendes, des sanctions ou des frais d'intérêt sur les trop-payés pourraient prévenir les factures inappropriées. En outre, le personnel a besoin de procédures claires écrites pour lui permettre de mettre en œuvre des mesures d'application en toute confiance sans risque d'interférence.

Annexe 8 – Constatées détaillées : Le Comité de revue professionnelle (CRP) est actif et a une occasion d'accroître sa valeur.

Le CRP est exigé par la loi et possède des pouvoirs importants.

2.158 Le Comité de revue professionnelle (CRP) est exigé par la loi et possède des pouvoirs importants. Sur la recommandation du CRP, le ministère peut suspendre un médecin de participer au programme d'Assurance-maladie selon l'article 5.5(6) de la Loi.

Le CRP est doté d'un mandat écrit.

2.159 La Loi, les règlements, un mandat écrit et un manuel d'orientation fournissent au CRP une orientation écrite.

2.160 Le mandat du CRP est établi dans l'article 5.7(2) de la Loi, comme :

5.7(2) Le Comité de revue professionnelle doit

- a) effectuer des examens et faire des recommandations à l'autorité provinciale sur toute question qui lui est référée en vertu du paragraphe 5.5(1),*
- b) examiner et étudier toutes les questions et toute la documentation que lui soumet l'autorité provinciale et faire des recommandations y relatives, et*
- c) remplir les autres fonctions prescrites par règlement.*

2.161 Les objectifs du CRP sont précisés dans l'article 26 des règlements, comme suit :

- *de rehausser les normes des services médicaux,*
- *de protéger les intérêts du public, du gouvernement, de la profession médicale [...]*
- *de fournir les services de conseils professionnels expérimentés à tout médecin ou chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui, dans l'exercice de sa profession au titre du régime de services médicaux, ne semble pas servir au mieux les intérêts du public ou de la profession.*

2.162 La Loi prévoit également une protection aux membres contre toute action en justice intentée à la suite de leur participation au CRP. Les règlements précisent la composition et la nomination des membres, les conditions de service et de la rémunération, les règles et procédures pour l'exercice de ses activités et les responsabilités du ministère.

2.163 Le mandat du CRP s'harmonise avec les dispositions législatives. Il paraphrase les attributions, l'étendue, les pouvoirs et la composition du comité, ainsi que la rémunération des membres, et il explique les exigences en matière de rapport.

2.164 Le manuel d'orientation du CRP est daté de 2004 et a besoin d'être actualisé. Cependant, la plupart des renseignements qu'il renferme sont pertinents et le manuel devrait être utile aux membres. Nous avons trouvé que le manuel de dix pages était exhaustif. Il comprend des sujets tels que : un historique du comité, un résumé de la législation pertinente, le travail de l'unité de vérification, les appointements et la protection juridique, un glossaire ainsi que la préparation et les procédures de réunion.

Le CRP est reconnu pour être actif.

2.165 Nous avons vu des preuves documentées que le CRP a été actif depuis 1998. Par contre, le personnel du ministère nous a dit que le comité a été actif depuis au moins 1990, lorsque l'unité de vérification a été mise sur pied.

2.166 Les réunions du CRP sont prévues et un ordre du jour et un compte rendu sont préparés.

Le CRP ne se réunit pas régulièrement.

2.167 Le manuel d'orientation du CRP mentionne que le comité se réunit [*Traduction*] « à chaque mois, de septembre à juin » et [*Traduction*] « Le calendrier pour l'année, y compris les dates de tempête, est remis aux membres au début du mois d'août. » Étant donné ce qui précède, nous nous attendions à ce que le CRP se réunisse dix fois par année.

2.168 Nous avons examiné la documentation du comité pour les années civiles 2000 à 2011, y compris les calendriers de réunions annuels, les comptes rendus des réunions, les avis d'annulation de réunion, etc. Nous avons constaté que le comité s'est réuni de deux à six fois par année au cours de la période de douze ans. Le comité s'est réuni cinq fois en 2011. La pièce 2.13 résume notre examen de la documentation du CRP.

2.169 Le personnel du ministère nous a dit que le comité se réunissait lorsque l'unité de vérification avait un cas à lui soumettre aux fins d'examen. Si l'unité de vérification n'avait pas de cas nécessitant une revue par le CRP, la réunion était alors annulée. (Les cas de vérification ne sont pas tous soumis au CRP aux fins d'examen. L'unité de vérification décide quand une telle revue professionnelle est requise.)

La pièce 2.13 - Réunions et rapports annuels du Comité de revue professionnelle (CRP)

2.13 Réunions et rapports annuels du Comité de revue professionnelle (CRP)			
Période	Nombre de réunions prévues	Nombre de réunions tenues selon les comptes rendus	Rapport annuel (date de publication)
2011	10	5	Aucun rapport
2010	10	4	Aucun rapport
2009	10	4	Aucun rapport
2008	10	5	Aucun rapport
2007	10	3	Aucun rapport
2006	10	5	Rapport daté du 8 juin 2006 pour la période allant d'octobre 2003 à mai 2005.
2005	10	2	
2004	10	6	
2003	10	5	Rapport (non daté) pour la période allant d'octobre 2001 à octobre 2003.
2002	10	4	Aucun rapport
2001	9	3	Aucun rapport
2000	8	4	3 rapports pour 2000, 1999 et 1998
Remarques :			
1. <i>Période</i> – année civile au cours de laquelle les réunions sont prévues.			
2. <i>Nombre de réunions prévues</i> – réunions planifiées et prévues au début de la période.			
3. <i>Nombre de réunions tenues selon les comptes rendus</i> – mesure du nombre de réunions tenues au cours de la période selon le nombre de comptes rendus des réunions qui ont été approuvés pour la période.			
4. <i>Rapport annuel</i> – document précisé dans le manuel d'orientation du CRP qui exige que le président du comité le présente annuellement au ministre.			
Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les renseignements fournis par le ministère.			

Le CRP a une occasion d'accroître sa valeur.

2.170 Le ministère apprécie l'expertise du CRP. L'examen d'un cas de vérification par le CRP ajoute de la crédibilité au travail de l'unité de vérification et fournit l'assurance autant au ministère qu'au médecin visé que la demande de recouvrement est appropriée.

2.171 L'examen des cas de vérification fait partie du mandat du CRP. L'article 5.7(2) de la *Loi* stipule que le CRP doit « examiner et étudier toutes les questions et toute la documentation que lui soumet l'autorité provinciale et faire des recommandations y relatives [...] » Le CRP a

aussi le pouvoir d'examiner les pratiques de facturation et formuler des recommandations y afférentes comme le précisent les articles 5.5(1) et 5.7(2)(a) de la Loi.

L'article 5.5(1) de la Loi stipule en particulier que le ministère peut référer au Comité de revue professionnelle, et celui-ci doit examiner l'échantillonnage des factures pour :

- a) la qualité des services fournis (inférieure au niveau minimal acceptable)
- b) le niveau des services fournis (dépassant les exigences)
- c) abus relativement aux honoraires professionnels

Sur la base de cet examen, le CRP doit présenter des recommandations au ministère de la Santé. Outre les dispositions législatives, ces deux fonctions sont également mentionnées dans le mandat et le manuel d'orientation du CRP.

2.172 Nous estimons que le CRP a une occasion d'accroître sa valeur auprès du ministère en examinant les analyses des facturations de l'Assurance-maladie et en formulant des commentaires à l'unité de vérification. Comme mentionné dans la Loi, cet examen pourrait relever des domaines où des services inappropriés ou inutiles ont été facturés ou le cahier des tarifs a été utilisé à mauvais escient. Les deux situations pourraient engendrer des recouvrements, directement ou indirectement, par la recommandation d'une vérification. Comme le CRP a besoin de se réunir qu'environ cinq fois par année pour examiner les cas de vérification, d'autres réunions mensuelles pourraient se tenir pour examiner et analyser les pratiques de facturation.

2.173 Nous avons discuté de cette suggestion avec les membres du CRP qui ont été très réceptifs à l'idée de pouvoir accroître la valeur du comité auprès du ministère en analysant les pratiques de facturation et en formulant des recommandations au sujet du mauvais usage possible du cahier des tarifs.

Le CRP ne présente pas de rapport annuel.

2.174 Le CRP n'a pas préparé un plan de travail annuel ou présenté un rapport au ministre ces dernières années. Selon le mandat et le manuel d'orientation du CRP, la présentation d'un rapport annuel au ministre est requise.

2.175 Le mandat du CRP stipule ce qui suit dans la section traitant de l'établissement de rapports : [Traduction] « *Le Comité de revue professionnelle présente un rapport au*

ministre de la Santé ou à son remplaçant désigné. En collaboration avec le ministère de la Santé, le CRP prépare un plan de travail annuel et présente un rapport annuel au ministre sur l'état d'avancement et les résultats des éléments du plan de travail. »

2.176 Le manuel d'orientation du CRP énonce que [Traduction] « *La présidence est responsable de la préparation de toute correspondance requise au nom du Comité, ainsi que du rapport annuel au ministre...* »¹⁹

2.177 Nous avons examiné la documentation du comité pour les années civiles 2000 à 2011. Le CRP n'a pas préparé de plan de travail annuel pour chacune de ces douze années. Il a préparé trois rapports pour le ministre au cours de la même période, le dernier datant de 2006 (comme le montre la pièce 2.13). Nous estimons que le Comité de revue professionnelle devrait présenter un rapport au ministre comme l'exigent son mandat et son manuel d'orientation.

Résumé

2.178 Le CRP est doté d'un mandat écrit et est reconnu pour être actif. Cependant, le CRP ne présente pas un rapport annuel au ministre comme l'exigent son mandat et son manuel d'orientation. Nous estimons que le CRP a une occasion d'accroître sa valeur auprès du ministère en examinant les analyses des facturations de l'Assurance-maladie. Comme mentionné dans la Loi, cet examen pourrait faire ressortir des domaines où des services inappropriés ou inutiles ont été facturés ou le cahier des tarifs a été utilisé à mauvais escient. Les deux situations pourraient engendrer des recouvrements, directement ou indirectement, par la recommandation d'une vérification.

¹⁹ *Manuel d'orientation du Comité de revue professionnelle*, octobre 2004, page 10.
Rapport de la vérificatrice générale – 2012

Annexe 9 – Constatations détaillées : Les paiements à l’acte ont besoin d’être surveillés davantage.

La pièce 2.14 - Paiements à l’acte versés par l’Assurance-maladie aux médecins (exercice 2010-2011)

2.14 Paiements à l’acte versés par l’Assurance-maladie aux médecins (exercice 2010-2011)		
Échelle des paiements à l’acte	Nombre de médecins	% par rapport au nombre total de médecins
Plus de 1 000 000 \$	13	0,8 %
500 001 \$ à 1 000 000 \$	132	8,1 %
400 001 \$ à 500 000 \$	111	6,8 %
300 001 \$ à 400 000 \$	153	9,4 %
100 000 \$ à 300 000 \$	468	28,8 %
Moins de 100 000 \$	746	46,0 %
Nombre total de médecins	1 623	100,0 %
<p>Remarques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Échelle des paiements à l’acte</i> – échelle des paiements à l’acte versés aux médecins que le Bureau du vérificateur général a choisie aux fins de comparaison. 2. <i>Nombre de médecins</i> – nombre de médecins dans chaque échelon. 3. <i>Nombre total de médecins</i> – total de tous les médecins qui font l’objet du rapport (et exclut les médecins qui n’ont reçu aucun paiement à l’acte). 4. <i>Moins de 100 000 \$</i> – comprend probablement les médecins dont la principale source de revenus est un salaire ou des paiements à la vacation et qui ont une facturation limitée pour des services à l’acte, ainsi que des médecins travaillant à temps partiel, comme les médecins suppléants, et ceux travaillant seulement une partie de l’année parce qu’ils ont un nouvel emploi ou prennent leur retraite. 5. Les données ne sont pas différenciées par spécialité médicale. (Il existe 44 spécialités.). <p>Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d’après les données fournies par le ministère – rapport intitulé « Consolidated Practitioners Cumulative Earnings Report IR3542 [IR3542 – CER 2010-2011] » (non vérifié) pour l’exercice 2010-2011.</p>		

Les paiements à l’acte versés à de nombreux médecins paraissent être élevés lorsqu’on les compare aux prévisions budgétaires.

2.179 La pièce 2.14 présente l’échelle de paiements à l’acte versés aux médecins. Il montre le nombre et le pourcentage de médecins recevant des paiements dans chaque échelon. (Il montre seulement les paiements à l’acte versés aux médecins et exclut les paiements à la vacation et les paiements salariaux.) Selon le ministère, les chiffres suivants ont été utilisés lors de la préparation

du budget de 2011. [Traduction] « La rémunération moyenne estimative d'un médecin généraliste était de 291 418 \$ et celle d'un spécialiste de 420 977 \$ (cette dernière moyenne représente la rémunération moyenne de toutes les spécialités) ». Étant donné ces chiffres, nous estimons qu'une rémunération supérieure aux montants précités devrait être considérée comme élevée.

2.180 Voici nos observations au sujet de la pièce 2.14 :

- Il y a 13 médecins qui ont reçu des paiements à l'acte supérieurs à 1 million de dollars.
- Il y a 145 médecins (9 %) qui ont reçu des paiements à l'acte supérieurs à 500 000 \$.
- Il y a 409 médecins (25 %) qui ont reçu des paiements à l'acte supérieurs à 300 000 \$. Veuillez noter que si on exclut les médecins dont les paiements à l'acte sont inférieurs à 100 000 \$ (médecins salariés, payés à la vacation ou travaillant à temps partiel), ce pourcentage augmente à 47 %.

La surveillance des paiements à l'acte est limitée.

2.181 La surveillance continue des paiements à l'acte est essentielle. Il existe un risque important de trop-payé vu la complexité du système, le fait que les services ne sont pas confirmés comme ayant été reçus par le patient et il n'y a aucune sanction pour la surfacturation.

2.182 La surveillance des paiements à l'acte est limitée. Voici nos observations :

- Personne n'a comme principale responsabilité la surveillance des paiements à l'acte. Bien que l'unité des services assurés et de la rémunération des médecins de l'Assurance-maladie ait des responsabilités de surveillance, le personnel nous a mentionné que leur responsabilité à l'égard des paiements à l'acte se limitait à surveiller le « plafond des paiements à l'acte » pour les médecins salariés.
- Aucune procédure d'examen analytique n'est effectuée de manière courante. Par exemple, il n'y a pas d'examen régulier du registre des paiements aux médecins. Les paiements à l'acte sont faits une fois toutes les deux semaines. Les montants totaux des médecins individuels ne sont pas examinés afin de déceler les montants exceptionnellement élevés, qui pourraient par la suite être étudiés plus à fond afin de déterminer s'ils sont raisonnables.
- Aucun rapport d'anomalie n'est produit ou examiné de façon régulière. Par exemple, il pourrait être utile d'avoir un rapport d'anomalie qui énumère les médecins qui ont des factures qui dépassent un nombre

raisonnable de patients par jour. Ceux-ci pourraient être étudiés davantage pour déterminer si les cas sont réalistes.

- Il n’y a aucune procédure de surveillance écrite.
- Il n’y a aucune pratique de surveillance régulière en vue de relever et d’analyser les factures des médecins à revenu élevé.
- Le système automatisé de paiement utilisé pour les paiements à l’acte comporte une composante de surveillance qui n’a pas été développée et activée.

2.183 Nous avons observé deux domaines précis où la surveillance fait défaut et, par conséquent, des paiements en trop aux médecins peuvent avoir lieu.

La surveillance du plafond pour les paiements à l’acte versés aux médecins salariés est inadéquate.

(Exemple 1)

2.184 La politique provinciale à l’égard des médecins salariés et le plan du régime de Rémunération du personnel médical (RPM) prévoient qu’un médecin salarié est autorisé à facturer des services à l’acte dans les situations suivantes :

- les services dispensés ne cadrent pas dans l’entente salariale et sont effectués en dehors des heures normales de travail, qui sont de 37,5 heures par semaine, entre 8 h et 18 h, du lundi au vendredi. (Ces services sont facturés au moyen d’un compte de médecin utilisant le service automatisé pour les paiements à l’acte.)
- les services de garde autorisés en dehors des heures normales de travail. (Ces services sont facturés par l’entremise d’un « compte de groupe d’appel » utilisant le service automatisé pour les paiements à l’acte.)

2.185 Bien qu’il n’y ait pas de limites aux factures imputées au « compte de groupe d’appel » autorisé d’un médecin salarié, il en existe une pour les autres paiements à l’acte versés aux médecins salariés. La politique et la RPM précisent de la même manière qu’il y a un « seuil de la rémunération à l’acte ». Les facturations pour les services à l’acte en dehors du service de garde autorisé sont payées à 100 % jusqu’à un plafond précisé dans la RPM pour un exercice. Une fois le seuil atteint, les factures ultérieures sont payées à 50 % du tarif. Le seuil pour 2011 était de 48 438 \$. Ce seuil de la facturation maximale pour des paiements à l’acte pour les médecins salariés est communément appelé « le plafond ».

2.186 La responsabilité de surveiller les facturations pour les

services à l'acte est assignée à un membre du personnel de l'unité des services assurés et de la rémunération des médecins. C'est un membre du personnel l'unité des services financiers qui est responsable de réduire à 50 % le paiement des factures présentées par les médecins salariés qui ont été identifiés comme ayant atteint « le plafond ».

2.187 Nous avons examiné le processus du ministère en matière de surveillance du plafond des paiements à l'acte pour les médecins salariés et avons constaté ce qui suit :

- La surveillance du plafond a été effectuée seulement pour les trois premiers trimestres de 2011. Par conséquent, les médecins qui ont atteint le plafond au cours du quatrième trimestre n'ont pas été repérés et la règle du 50 % n'a donc pas été appliquée. Cette situation a probablement donné lieu à des trop-payés à certains médecins.
- Certains médecins ont été identifiés comme ayant atteint le plafond, mais la règle de 50 % n'a pas été appliquée. Le ministère n'a pas été en mesure de nous fournir de la documentation pour corroborer la raison autorisant cette exemption.
- La surveillance du plafond est faite de manière isolée, sans faire un examen du solde ou des factures du « compte de groupe d'appel » du médecin. Des médecins pourraient présenter par erreur ou intentionnellement des factures pour des services à l'acte qui sont assujetties au seuil au « compte de groupe d'appel », qui n'est pas surveillé, et ces factures ne seraient pas incluses dans le montant total des paiements à l'acte du médecin aux fins du plafond. Cette situation pourrait engendrer un trop-payé de 50 % sur les factures.

2.188 Nous avons choisi un petit échantillon de cinq médecins salariés qui avaient reçu plus de 120 000 \$ de paiements à l'acte pour voir si leurs paiements avaient été plafonnés :

- Deux avaient été identifiés comme ayant atteint le plafond et leurs factures ultérieures pour des services à l'acte avaient été rectifiées selon la règle du 50 %.
- Trois n'avaient pas été identifiés comme ayant atteint le plafond. Un examen plus poussé a démontré que les paiements à l'acte élevés étaient dus à des facturations élevées appliquées au « compte de groupe d'appel » des médecins et que leurs comptes de paiements à

l'acte étaient inférieurs au plafond. Sans que l'unité de vérification entreprenne beaucoup plus de travail, le ministère n'était pas en mesure de nous confirmer s'il y avait des facturations inappropriées aux « comptes de groupe d'appel ». Nous présentons des observations sur le « compte de groupe d'appel » des trois médecins dans la prochaine section.

Il n'y a pas de surveillance du « compte de groupe d'appel » pour les médecins salariés.

(Exemple 2)

2.189 Un médecin salarié a un « compte de groupe d'appel » s'il participe à un service de garde autorisé dans un hôpital. Une « allocation de disponibilité » est un paiement fait à un médecin pour être disponible à dispenser des services à des patients après les heures normales de travail, pendant les fins de semaine et les jours fériés, selon un horaire préparé pour un hôpital. S'il est appelé dans un hôpital pour dispenser des services urgents ou d'urgence, le médecin peut également facturer ces services. Autant l'allocation que les services d'urgence sont facturés par l'entremise du « compte de groupe d'appel », qui fait partie du système automatisé pour les paiements à l'acte.

2.190 Bien qu'il n'y ait pas de « plafond » sur les factures portées au « compte de groupe d'appel » autorisé d'un médecin salarié, la surveillance de ce compte reste importante pour s'assurer que seulement les services d'urgence admissibles sont facturés. Le ministère est conscient que certains médecins présentent de façon inappropriée des factures relatives à d'autres services, qui devraient être présentées au compte de paiements à l'acte du médecin, compte qui est soumis au plafond.

2.191 Le ministère nous a informés de ce qui suit :

- Le ministère n'a pas de mesures de contrôle pour empêcher que des factures présentées de manière inappropriée soient payées.
- La seule méthode de repérer des factures présentées de manière inappropriée est au moyen d'une vérification, qui est processus très complexe et qui exige beaucoup de temps.

La pièce 2.15 - Examen des paiements du « compte de groupe d'appel » et d'autres modes de rémunération de trois médecins (2010-2011)

2.15	Examen des paiements du « compte de groupe d'appel » et d'autres modes de rémunération de trois médecins (2010-2011)					
		Médecin A		Médecin B		Médecin C
	#	Paiements	#	Paiements	#	Paiements
Services facturés au « compte de groupe d'appel » à la même date qu'un paiement d'allocation	475	149 887 \$	479	86 922 \$	540	114 802 \$
Services facturés au « compte de groupe d'appel » à des dates sans paiement d'allocation (facturés de manière inappropriée)	219	95 762	69	16 917	93	24 068
Total des services de garde (excluant les allocations)	-	245 649 \$	-	103 839 \$	-	138 870 \$
Paiements d'allocations	97	13 618	112	14 767	47	6 598
Total des paiements pour services de garde	-	259 267 \$	-	118 606 \$	-	145 468 \$
Autres paiements à l'acte	-	-	-	1 977	-	4 556
Total – Paiements à l'acte	-	259 267 \$	-	120 583 \$	-	150 024 \$
Salaire	-	329 291	-	321 165	-	275 763
Paiements à la vacation et autres paiements	-	27 001	-	30 744	-	27 399
Rémunération totale	-	615 559 \$	-	472 492 \$	-	453 186 \$
Remarques :						
1. Sous chaque colonne de médecin :						
« # » – nombre de services que le médecin a facturé à son « compte de groupe d'appel » et le nombre de paiements d'allocation versés au médecin.						
« <i>Paiements</i> » – total des paiements faits à un médecin pour des services dispensés et les allocations.						
2. <i>Services facturés au « compte de groupe d'appel »</i> – séparés selon qu'ils ont été offerts au cours de la période de 24 heures pour l'allocation de service de garde autorisé ou en dehors de cette période.						
3. <i>Paiements d'allocations</i> – paiements versés aux médecins participant au service de garde autorisé ou pour un deuxième appel pour qu'ils demeurent disponibles pour le service de garde au cas où un établissement autorisé (normalement un hôpital) a besoin de fournir des services aux patients après les heures normales de travail, au cours des fins de semaine et les jours fériés. Les allocations sont payées une seule fois par période de 24 heures.						
4. <i>Autres paiements à l'acte</i> – paiements à l'acte versés au médecin pour les facturations selon le régime de rémunération à l'acte à des comptes autres que le « compte de groupe d'appel ».						
5. <i>Salaire</i> – rémunération salariale globale versée au médecin selon le rapport du ministère.						
6. <i>Paiements à la vacation et autres paiements</i> – toute rémunération à la vacation versée au médecin ainsi que d'autres paiements tels que des avantages et des rajustements selon le rapport du ministère.						
Sources: Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les données fournies par le ministère – rapport intitulé « Consolidated Practitioners Cumulative Earnings Report IR3542 [IR3542 – CER 2010-2011] » (non vérifié) pour l'exercice 2010-2011 et d'une analyse connexe du ministère, intitulée « Monitoring and Compliance Overview of Supplied Data ».						

2.192 La pièce 2.15 présente un examen des paiements du « compte de groupe d'appel » et d'autres formes de rémunération de trois médecins. Sans que l'unité de vérification entreprenne plus de travail, le ministère n'était pas en mesure de nous confirmer s'il y avait des facturations inappropriées aux « comptes de groupe d'appel ».

2.193 Voici nos observations découlant de l'analyse de la rémunération de trois médecins présentée dans la pièce 2.15:

- Deux médecins avaient d'autres facturations selon le régime de rémunération à l'acte qui étaient plafonnées. Les autres facturations selon ce régime étaient de l'ordre de 1 977 \$ pour le médecin B et de 4 556 \$ pour le médecin C. Comme les autres paiements à l'acte étaient sous le seuil de 48 000 \$, le plafond n'a pas été appliqué.
- Bien que seulement les allocations de disponibilité et les factures pour le service de garde autorisé soient acceptables dans le « compte de groupe d'appel », chacun des comptes contenait des facturations pour des services à l'acte sans les allocations. Le paiement d'une allocation confirme que le médecin était de garde cette journée-là et donc autorisé à présenter des factures par l'entremise du « compte de groupe d'appel ». L'absence d'un paiement d'allocation démontre que leurs factures étaient inappropriées – elles auraient dû être présentées comme des factures normales pour des services à l'acte soumises au plafond.
- En prenant le médecin A comme exemple, il y a eu 219 (32 %) facturations pour des services à l'acte sans les allocations qui étaient inappropriées. Le total des paiements pour des services facturés de façon inappropriée s'élevait à 95 762 \$. Dans le cas du médecin A, si les factures sans allocations qui ont été présentées au « compte de groupe d'appel » avaient été facturées à un l'autre compte de paiements pour services à l'acte, les factures auraient été soumises au plafond de 48 000 \$. Si on avait payé à 50 % les factures dépassant le plafond, les paiements à l'acte auraient été d'environ 72 000 \$ au lieu de 95 762 \$.

L'utilisation du mauvais compte peut occasionner un trop-payé.

2.194 Tous les médecins inscrits auprès de l'Assurance-maladie reçoivent un numéro de fournisseur de service et un compte personnel de paiements à l'acte. Les médecins salariés reçoivent également un compte de facturation pro forma et un « compte de groupe d'appel ». Certains médecins ont également un compte d'entreprise. Nous avons été informés que bon nombre de médecins ont plusieurs comptes. Nous avons trouvé le cas d'un médecin qui avait six comptes.

2.195 L'utilisation du mauvais compte peut occasionner un trop-payé. Par exemple, un médecin salarié peut inscrire de façon erronée ses facturations pro forma dans son compte personnel de paiements à l'acte, au lieu de son compte de facturation pro forma. Les factures présentées à leur compte de facturation pro forma servent seulement à des fins de suivi par l'hôpital et ne sont pas payées. Les factures présentées au compte personnel de paiements à l'acte sont payées à 100 % jusqu'à environ 48 000 \$ (le plafond) et par la suite à 50 %. Le personnel du ministère nous a fait part de cas où des médecins salariés ont été rémunérés par erreur pour des services dispensés pendant leurs heures salariées.

2.196 Les problèmes avec les facturations du « compte de groupe d'appel », comme il a été mentionné précédemment, sont également un exemple de trop-payé potentiel lorsque le mauvais compte est utilisé.

Résumé

2.197 Nous estimons que le ministère devrait élaborer, documenter, attribuer et mettre en œuvre des procédures de surveillance appropriées, comme le plafond et le « compte de groupe d'appel », pour tous les paiements à l'acte, y compris pour de tels paiements versés aux médecins salariés.

Annexe 10 – Constatations détaillées : Les mesures de contrôle et de surveillance des paiements aux radiologistes ont besoin d’être améliorées.

La pièce 2.16 - Rémunération (\$) des radiologistes par échelle (exercice 2010-2011)

2.16 Rémunération des radiologistes par échelle (exercice 2010-2011)		
Échelle de rémunération	Nombre de radiologistes	% par rapport au nombre total de radiologistes à « temps plein »
Supérieure à 1 000 000 \$	5	7,35 %
750 000 \$ à 1 000 000 \$	19	27,94 %
500 000 \$ à 749 999 \$	21	30,88 %
250 000 \$ à 499 999 \$	14	20,59 %
Moins de 250 000 \$	9	13,24 %
Nombre total de radiologistes (codes de catégorie 11, 15, 31)	68	100,00 %
Nombre de radiologistes avec d’autres codes de catégorie	66	
Total (tous les radiologistes)	134	
<p>Remarques :</p> <ol style="list-style-type: none"> Radiologiste – médecin pratiquant la radiologie diagnostique ou la médecine nucléaire. Échelle de rémunération – échelle de rémunération choisie par le Bureau du vérificateur général aux fins de comparaison. La rémunération représente le total de tous les types de paiements versés par l’Assurance-maladie. Nombre de radiologistes – nombre total de radiologistes pratiquant la radiologie diagnostique ou la médecine nucléaire dans l’échelon donné. Radiologistes « à temps plein » – ceux qui sont dans les catégories suivantes (la « catégorie » d’un radiologiste est celle sous laquelle il a été inscrit initialement par l’Assurance-maladie) : <ul style="list-style-type: none"> • Catégorie 11 – Rémunéré à l’acte à plein temps • Catégorie 15 – Salarié à temps plein avec autre rémunération • Catégorie 31 – Salarié à temps plein sans autre rémunération Nombre de radiologistes avec d’autres codes de catégorie – nombre de radiologistes dont la catégorie n’est pas précisée plus haut. Ceux-ci comprennent les médecins suppléants à court terme, les retraités, les médecins hors province, etc. Le Total (tous les radiologistes) de 134 comprend un radiologiste salarié, les autres 133 radiologistes sont rémunérés à l’acte. Ces données comprennent seulement les radiologistes pratiquant la radiologie diagnostique ou la médecine nucléaire dans une zone valide avec un total de paiements dépassant 0 \$. <p>Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d’après les données fournies par le ministère dans le rapport intitulé « Radiology - Comparative Practitioners Cumulative Earnings Report IR3567 » (non audité) pour la période allant d’avril 2010 à mars 2011.</p>		

Le total des paiements versés à certains radiologistes semble être élevé par rapport aux autres spécialités.

2.198 La pièce 2.16 présente le nombre de radiologistes dans chaque échelon de rémunération. Le tableau montre qu'il y avait 68 radiologistes qui ont été rémunérés régulièrement en 2011. De ce nombre, 45 radiologistes (66 %) ont été payés plus d'un demi-million de dollars, ce qui comprend cinq radiologistes qui ont reçu plus d'un million de dollars à titre de rémunération. Le personnel du ministère a convenu que les paiements versés aux radiologistes semblaient être élevés par rapport aux autres spécialités.

2.199 Voici d'autres observations au sujet des paiements aux radiologistes :

- La *catégorie 13* est utilisée pour les « paiements à l'acte à des médecins suppléants à court terme ». Nous avons inclus cette catégorie dans le « nombre de radiologistes avec d'autres codes de catégorie » dans la pièce 2.16. Il y avait 17 radiologistes inscrits dans la catégorie 13. La plupart de ces radiologistes (16) ont reçu une rémunération totale de 72 474 \$ ou moins, ce qui semble être raisonnable du fait que les médecins suppléants travaillent à temps partiel ou font du remplacement. Cependant, un radiologiste de la catégorie 13 a été payé 651 406 \$, ce qui semble être élevé et exceptionnel.
- Il y avait seulement cinq autres radiologistes avec des paiements de plus de 100 000 \$ dans le « nombre de radiologistes avec d'autres codes de catégorie ». Trois d'entre eux ont reçu des paiements entre 100 000 \$ et 199 999 \$; le quatrième radiologiste a été payé 213 730 \$ et le cinquième a reçu 851 955 \$ en paiements et était classé dans la catégorie « pas en pratique active au Nouveau-Brunswick ». Étant donné les montants versés à la plupart des « radiologistes avec d'autres codes de catégorie », la somme de 851 955 \$ versée à un radiologiste semble être élevée et exceptionnelle.
- Le radiologiste qui a eu la rémunération la plus élevée a reçu 1 430 121 \$. Nous avons constaté qu'au cours de la période de cinq ans de 2006-2007 à 2010-2011, c'est 6,3 millions de dollars qui ont été versés à ce même radiologiste. Un membre du personnel du ministère a convenu que les paiements à ce radiologiste semblaient être élevés. Le membre du personnel a expliqué que certains radiologistes sont « certifiés » et sont donc rémunérés à un tarif plus élevé; toutefois, ce n'était pas le cas pour ce radiologiste en particulier.

2.200 Nous avons analysé la rémunération des radiologistes par zone pour 2011 et avons constaté ce qui suit :

- Dans sept des huit zones, la moyenne de la zone était supérieure à un demi-million de dollars.
- La médiane pour une zone était de 821 863 \$, ce qui veut dire que quatre des neuf radiologistes dans cette zone ont reçu des paiements dépassant 821 863 \$, et quatre des neuf radiologistes dans cette zone ont reçu des paiements inférieurs à 821 863 \$.

Ces chiffres semblent être élevés par rapport aux autres spécialités.

Les factures présentées pour les radiologistes ne sont pas assujetties à des contrôles de paiement réguliers.

2.201 Bien que les radiologistes fassent partie du groupe de médecins rémunérés à l'acte en vertu de l'entente de paiements à l'acte, les factures présentées pour les radiologistes ne sont pas assujetties à des contrôles de paiement réguliers. Le processus de paiement pour les radiologistes diffère de celui suivi pour les autres médecins payés à l'acte, comme suit :

- *Un processus de paiement manuel indirect est utilisé.* Les radiologistes sont payés par la RRS, qui est ensuite remboursée par l'Assurance-maladie par l'entremise d'un processus de paiement manuel. Généralement, les médecins rémunérés à l'acte sont payés en utilisant le système automatisé de paiements à l'acte; le médecin présente ses factures par voie électronique et il est payé directement par l'Assurance-maladie au moyen d'un dépôt direct dans son compte de banque. Le processus de paiement manuel pour les radiologistes pourrait être plus coûteux, en tenant compte du temps du personnel requis, par rapport au processus automatisé direct pour les médecins rémunérés à l'acte typiques.
- *Des renseignements importants sur les factures ne sont pas fournis, ce qui donne lieu à moins de contrôles sur les paiements et aucun recouvrement.* Les radiologistes sont les seuls médecins rémunérés à l'acte qui ne présentent pas leurs factures en utilisant le système automatisé de paiements à l'acte, qui intègre plusieurs commandes d'édition, de contrôles de validation et de contrôles des paiements. Sauf pour deux zones, les radiologistes sont payés sans soumettre de renseignements sur les patients, comme il est requis pour toute facture payée en vertu de l'entente de rémunération à l'acte. Sans renseignements appropriés sur la facture, l'Assurance-maladie n'est pas en mesure de valider le

montant avant le paiement ou de le vérifier par la suite.

- *Un nombre limité de règles de décision pour les factures de radiologie électroniques signifie moins de contrôles.* Le personnel du ministère nous a informés qu'il y a deux zones qui présentent des factures électroniques pour les radiologistes au moyen du système automatisé de paiements à l'acte. Même si ce processus est meilleur que le système de paiement manuel, il n'est toujours pas contrôlé comme les autres paiements à l'acte, parce qu'il y a moins de règles de décision qui sont appliquées aux factures de radiologies que pour les autres factures pour des services à l'acte. (Les règles de décision sont des conditions qui doivent être remplies pour qu'une facture puisse être payée. Par exemple, une facture pour une radiographie de l'utérus doit être faite avec un numéro d'Assurance-maladie d'une femme.)

Le ministère ne recouvre pas les coûts de l'Assurance-maladie liés à la radiologie parce que des renseignements importants au sujet des factures ne sont pas disponibles au sein du ministère.

2.202 Comme les radiologistes n'utilisent pas le système automatisé des paiements à l'acte, d'importants renseignements au sujet des factures ne sont pas fournis et le ministère ne recouvre pas les coûts de l'Assurance-maladie liés à la radiologie.

2.203 Les renseignements sur les factures pour les paiements à l'acte permettent au ministère de recouvrer les paiements relatifs à des patients de l'extérieur de la province et des facturations à des tiers, comme TSNB. Ces factures peuvent faire également l'objet d'une vérification, ce qui se solde souvent par des recouvrements. Puisque les radiologistes sont payés sans fournir de renseignements importants sur les factures, aucun recouvrement de ce genre n'est possible.

Le ministère ne surveille pas la rémunération des radiologistes.

2.204 Aucune des trois unités au sein du ministère qui fait affaire avec les radiologistes ne surveille leur rémunération.

2.205 En outre, comme les paiements aux radiologistes représentent des frais facturés pour les RRS, ces dernières n'ont aucun intérêt à surveiller les paiements ou à contrôler les frais.

Les factures actuelles de radiologie ne respectent pas le Manuel des médecins et le règlement.

2.206 Le *Manuel des médecins* énonce que « Depuis le printemps 1992, la seule voie acceptée pour soumettre à l'Assurance-maladie des factures pour les services à l'acte est par moyen électronique. » Nous sommes vingt ans plus tard et les factures de radiologie sont toujours soumises manuellement par la plupart des zones.

2.207 Le règlement d'application de la *Loi sur le paiement*

des services médicaux précise les exigences pour toutes les factures (voir la pièce 2.17). Les factures actuelles de radiologie ne respectent pas les exigences énoncées parce que les renseignements sur le patient, le diagnostic et le traitement ne sont pas soumis.

La pièce 2.17 - Exigences pour les factures d'Assurance-maladie selon le Règlement établi en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux

2.17	Exigences pour les factures d'Assurance-maladie selon le Règlement établi en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux
	<p>Le Règlement établi en vertu de la <i>Loi sur le paiement des services médicaux</i> exige que toutes les factures présentées fournissent les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • paiement à verser au praticien ou au bénéficiaire; • nom du patient; • numéro d'assurance-maladie du patient; • date de naissance du patient; • sexe du patient; • nom et numéro du praticien; • rôle du praticien, par exemple, en qualité de chirurgien, assistant-chirurgien, chirurgien collaborateur ou anesthésiste; • temps consacré par le praticien au(x) service(s), s'il est nécessaire pour établir le montant du paiement; • nom et numéro du praticien référant ou responsable du transfert; • diagnostic; • date(s) des services facturés; • nombre de services facturés ou de jours d'hospitalisation; • date d'admission à l'hôpital et date du congé dans les cas de soins dispensés à des patients hospitalisés; • lieu où les services sont dispensés : cabinet du praticien, domicile du patient, hôpital (patient hospitalisé), services externes ou d'urgence d'un hôpital, foyer de soins ou ailleurs; • code d'établissement obligatoire pour les services fournis indiqués dans les établissements 3, 5 et 6 ainsi que les services de la télémédecine et les services fournis dans les cliniques sans rendez-vous; • code(s) du ou des services et tarifs facturés; • nombre total de lignes; • renseignements ou observations concernant le traitement; • date à laquelle la formule est remplie; • signature du patient dans le cas de services pour lesquels le praticien opte pour la non-participation.
	<p>Source : Extrait du <i>Manuel des médecins</i> 27/03/08, disponible sur le site Web du ministère.</p>

Le projet du ministère visant à automatiser la facturation des services de radiologie progresse lentement.

2.208 Le ministère a amorcé en 1998 un projet visant à automatiser la facturation des services de radiologie. Nous avons examiné la proposition de projet de facturation automatisée normalisée pour les services de radiologie, datée du 4 février 2011, qui prévoit ce qui suit :

[Traduction]

À l'automne 1998, le ministère de la Santé et du Mieux-être a amorcé un projet pour intégrer la facturation pour la radiologie dans le système informatisé des paiements à l'acte.

L'Assurance-maladie a promis à chaque région un montant maximal de 25 000 \$ pour améliorer leur système en vue de s'adapter à ce changement. On prévoit que ce montant pourra être recouvré dans la première année parce que l'Assurance-maladie ne sera plus responsable des services qui lui sont facturés par erreur ni ceux de tiers partis (Gendarmerie royale du Canada, ministère de la Défense, etc.). L'Assurance-maladie sera également en mesure de recouvrer les frais d'autres provinces pour les services de radiologie dispensés à leurs résidents pendant leur séjour au Nouveau-Brunswick. Jusqu'à ce jour, seules deux zones (...) ont effectué les modifications pour que la facturation des radiologistes puisse être transmise comme facturation automatisée pour paiements à l'acte, comprenant les renseignements sur les services et les patients. Les renseignements sont saisis, mais aucune règle de décision n'est en place – les règles seront instaurées au moment des discussions relatives à la diffusion du système de paiements à l'acte cette année – il faudra créer un groupe de travail composé d'experts de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et de l'Assurance-maladie.

2.209 Tous les employés à qui nous avons parlé au sujet de la radiologie ont convenu qu'il fallait faire « quelque chose ». Plusieurs croient que l'intérêt récent que porte le ministère au sujet de l'automatisation de la facturation pour la radiologie sera une réussite. Cependant, en date du mois de mai 2012, soit quinze mois après la proposition, seulement les deux zones initiales utilisaient la facturation automatisée pour les services de radiologie.

Résumé

2.210 Les pratiques de facturation actuelles comportent des risques importants et peuvent entraîner une perte de recouvrements importants de paiements erronés. Nous estimons que les radiologistes devraient être tenus de facturer par l'entremise du système automatisé de l'Assurance-maladie comme tous les autres médecins rémunérés à l'acte. Le manque de renseignements, de contrôles, de surveillance et de vérification des paiements aux radiologistes requiert des mesures immédiates.

Annexe 11 – Constatations détaillées : Les salaires versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à l'échelle salariale.

La pièce 2.18 - Méthodes de payer les médecins dans le cadre du programme d'Assurance-maladie

2.18	Paiements salariaux versés aux médecins par l'Assurance-maladie (exercice 2010-2011)	
	Échelle des paiements salariaux	Nombre de médecins
	Supérieure à 1 000 000 \$	1
	500 001 \$ à 1 000 000 \$	10
	400 001 \$ à 500 000 \$	17
	300 001 \$ à 400 000 \$	108
	200 001 \$ à 300 000 \$	187
	100 000 \$ à 200 000 \$	104
<p>Remarques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Paiements salariaux</i> – paiements liés à un salaire y compris les avantages. 2. <i>Échelle des paiements salariaux</i> – échelle des paiements salariaux versés aux médecins que le Bureau du vérificateur a choisie aux fins de comparaison. 3. <i>Nombre de médecins</i> – nombre de médecins qui se trouvent dans chaque échelon. 4. Les données ne sont pas différenciées selon les spécialités médicales. <p>Source : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les données fournies par le ministère – rapport intitulé « Consolidated Practitioners Cumulative Earnings Report IR3542 [IR3542 – CER 2010-2011] » (non vérifié) pour l'exercice 2010-2011.</p>		

Les salaires versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à l'échelle salariale.

2.211 La pièce 2.18 présente l'échelle des paiements salariaux versés aux médecins en 2011. (Il montre seulement les paiements salariaux et n'inclut pas les paiements à l'acte ou à la vacation.) Les paiements salariaux sont donnés par échelons, indiquant le nombre de médecins qui ont reçu les paiements dans chaque échelon.

2.212 Selon l'entente du plan de Rémunération du personnel médical (RPM) pour les médecins salariés, les salaires de base pour 2011 variaient entre 151 658 \$ et 266 292 \$²⁰

²⁰ Rémunération du personnel médical – 1 avril 2010. Remarque : il y a eu un ajustement de marché pour les oncologues et les pathologistes qui augmente leur salaire. Il y avait environ 75 oncologues et pathologistes au cours de l'exercice 2011.

(échelle salariale). Les médecins salariés reçoivent des avantages en plus de leur salaire et, pour certains d'entre eux dans des spécialités particulières, il faut ajouter des ajustements de marché à leur salaire de base pour déterminer le total du montant contractuel maximal.

2.213 Les salaires versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à l'échelle salariale. Voici nos observations au sujet de la pièce 2.18 :

- Un médecin a reçu des paiements salariaux dépassant 1 million de dollars.
- Il y a eu 11 médecins qui ont reçu chacun des paiements salariaux dépassant 500 000 \$.
- Il y a eu 136 médecins qui ont reçu chacun des paiements salariaux dépassant 300 000 \$.

2.214 Nous avons effectué une analyse et avons observé que certains médecins semblent être payés plus que l'échelle salariale. Nous avons fourni au ministère un échantillon de ces médecins. Le ministère nous a remis des documents justificatifs qui démontrent que les paiements versés aux médecins visés étaient raisonnables. Voici les raisons données pour les montants les plus élevés : ajustements de marché pour certaines spécialités, salaire de surveillant, contrats pour des compétences particulières et salaire rétroactif.

Les contrats avec les médecins salariés ne sont pas tous déposés auprès du ministère.

2.215 Bien qu'ils soient payés en vertu de l'entente de RPM, les médecins salariés ont un contrat avec une RRS. Les contrats sont conservés par la RRS, qui fournit des renseignements au ministère.

2.216 Le ministère n'est pas en mesure de vérifier entièrement les paiements versés à un médecin salarié sans avoir une copie de son contrat. Au moment de notre examen, le ministère était en train d'obtenir une copie des contrats de tous les médecins salariés. Une note de service datée de janvier 2012 a été envoyée à toutes les RRS leur demandant une copie de tous les contrats de médecins avant la fin de février. En date de juin 2012, soit six mois plus tard, le ministère avait reçu 84 % des contrats des médecins salariés et il était toujours à l'œuvre pour obtenir les autres.

L'exigence de la facturation pro forma n'est pas respectée par tous les médecins salariés.

2.217 La politique provinciale à l'égard des médecins salariés énonce que [Traduction] « *Les médecins salariés doivent présenter une facturation pro forma ou seulement les antécédents, tel que l'exige le ministère.* » La facturation pro forma (communément appelée aussi

« facturation aux fins d’antécédents seulement ») est un processus suivi par les médecins salariés pour soumettre des renseignements sur les services dispensés pendant leurs heures normales de travail. Les factures pro forma sont semblables aux factures pour des services à l’acte, sauf qu’elles ne sont pas payées.

2.218 La facturation pro forma est importante pour le programme d’Assurance-maladie parce qu’elle fournit des renseignements qui sont utilisés à plusieurs fins, notamment pour :

- conserver des données historiques à l’égard de la prestation de services et faire le suivi sur le nombre de patients et leurs données démographiques, ainsi que sur le type de services dispensés;
- conserver les antécédents médicaux complets et exacts;
- des études épidémiologiques sur des maladies comme le diabète, les oreillons, le cancer;
- des initiatives en santé publique, comme des immunisations;
- la planification des ressources, l’évaluation de la performance et la reddition de comptes;
- la surveillance et la vérification.

2.219 Les renseignements de la facturation pro forma sont requis pour bien surveiller les médecins salariés et vérifier les paiements qui leur sont faits. Par exemple, les renseignements sur les services dispensés par un médecin pendant ses heures rémunérées à salaire permettent au ministère de surveiller la conformité avec son contrat. Les renseignements de la facturation pro forma sont également nécessaires pour vérifier les factures pour des services à l’acte présentées par les médecins salariés en vue de s’assurer que le médecin ne réclame pas des paiements à l’acte pour des services dispensés pendant ses heures rémunérées à salaire.

2.220 Bien que [Traduction] « la facturation pro forma a toujours été une exigence d’emploi pour les médecins salariés »²¹, le ministère n’a en pas toujours appliqué la conformité. Nos observations comprennent ce qui suit :

- En octobre 2006, le ministère a créé un groupe de

²¹ Renseignement fourni par le ministère – Note de service envoyée aux médecins salariés le 8 octobre 2008.

travail avec la Société médicale pour répondre à la résistance des médecins envers la facturation pro forma et faciliter le respect de cette exigence. Comme on a établi que plusieurs médecins n'avaient pas le temps ou le soutien pour préparer des factures pro forma, le ministère a donc transféré des fonds aux RRS pour des ressources administratives dédiées à la préparation de factures pro forma pour les médecins. En outre, un membre du personnel du ministère a visité tous les cabinets de médecin afin de former leur personnel, ainsi que pour déterminer ceux qui respectaient l'exigence et en faire le suivi.

- En 2008, le ministère a envoyé une note de service aux médecins salariés pour leur rappeler l'exigence de la facturation pro forma. La communication mentionnait que beaucoup de médecins salariés préparaient des factures pro forma, mais la plupart d'entre eux ne le faisaient pas, et on leur demandait de le faire avant la fin de mars 2009.
- En mai 2011, le ministère a envoyé une note de service aux médecins salariés à titre de directive les enjoignant à préparer des factures pro forma au plus tard le 19 août 2011, sinon le ministère [*Traduction*] « prendrait des mesures pour assurer la conformité. » De même en octobre 2011, le ministère a fait parvenir des rapports de facturation pro forma aux médecins qui avaient respecté la directive. Les médecins fautifs ont reçu une lettre de non-respect.
- Le ministère fait maintenant le suivi de la conformité. En janvier 2012, le ministère a effectué une analyse et déterminé que 80 % des médecins salariés préparaient des factures pro forma. (Le ministère a mentionné que certains médecins ne préparaient pas de factures pro forma parce qu'il n'y avait pas de codes de tarif pour leur travail de spécialité. Ces médecins ont été exclus de l'analyse.)

La surveillance des paiements aux médecins salariés laisse à désirer.

2.221 Bien qu'il existe des contrôles de paiement sur les salaires, les paiements à l'acte et les paiements à la vacation versés à la plupart des médecins, aucune surveillance n'est effectuée sur la rémunération totale des médecins salariés. Alors que le total des paiements pour chaque type de rémunération peut sembler raisonnable lorsqu'analysé individuellement, il importe d'examiner la rémunération totale afin de relever un risque de trop-payés à un médecin.

2.222 Nous avons examiné le rapport de la rémunération

cumulative des médecins pour 2011 et avons remarqué que plusieurs médecins salariés avaient d'autres types de rémunération élevée (paiements à l'acte ou à la vacation). Par exemple, un médecin a reçu des paiements salariaux de 218 437 \$, des paiements à la vacation de 216 799 \$ et des paiements à l'acte de 9 654 \$. Un autre médecin a reçu des paiements salariaux de 305 198 \$, des paiements à l'acte de 150 839 \$ et des paiements à la vacation de 80 603 \$. Un troisième a eu des paiements salariaux de 287 056 \$, des paiements à la vacation de 113 061 \$ et des paiements à l'acte de 58 071 \$. Cette situation est autorisée selon les politiques de l'Assurance-maladie; cependant, le total des paiements devrait être surveillé.

Résumé

2.223 Nous estimons que le ministère devrait élaborer, documenter, attribuer et mettre en œuvre des procédures de surveillance appropriées pour les médecins salariés. Les procédures de surveillance devraient inclure l'examen des contrats signés entre les RRS et le médecin afin d'assurer la conformité avec le plan de Rémunération du personnel médical. Nous estimons également que le ministère devrait poursuivre ses efforts pour surveiller la conformité avec l'exigence de la facturation pro forma et prendre les mesures à l'égard des médecins qui ne la respectent pas.

Annexe 12 – Constatations détaillées : Les paiements à la vacation versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à la politique.

Les paiements à la vacation versés à certains médecins semblent être élevés par rapport à la politique.

2.224 Nous avons examiné le rapport de la rémunération cumulative des médecins pour 2011 et avons remarqué que plusieurs médecins avaient reçu des paiements à la vacation élevés par rapport à la politique. Nous avons également constaté que beaucoup de médecins avaient également reçu des paiements à l'acte ou des paiements salariaux. Voici des exemples :

- Un médecin a eu des paiements à la vacation de 475 703 \$ et des paiements à l'acte de 825 253 \$. Nous avons interrogé le ministère au sujet de cet omnipraticien qui avait reçu plus de 1,3 million de dollars en paiements. Le ministère nous a précisé que ce médecin avait un accord spécial avec la RRS. Nous avons examiné une copie de l'entente entre la RRS et le médecin. L'entente, datée de mai 2007, justifie les paiements à la vacation au médecin, et prévoit un avis écrit de six mois en cas de résiliation par l'une ou l'autre des parties. D'après nos entretiens avec le personnel du ministère, nous estimons que cette entente n'est peut-être pas dans le meilleur intérêt financier de la province.
- Un autre médecin a reçu 342 198 \$ en paiements à la vacation et 461 913 \$ en paiements à l'acte. Le ministère nous a informés que les paiements à la vacation étaient à l'égard du service d'urgence d'un hôpital et étaient raisonnables. Afin de déterminer le caractère raisonnable des paiements à l'acte, l'unité de vérification aurait besoin de faire plus de travail.

2.225 Nous avons remis au ministère une liste de médecins ayant reçu une rémunération à la vacation élevée et lui avons demandé des explications. Le ministère nous a fait part des renseignements suivants :

- Plusieurs des médecins qui ont reçu des paiements à la vacation élevés travaillaient à l'urgence. La politique du ministère en matière d'entente de rémunération à la vacation précise les exclusions à la politique; les services d'urgence et de soins intensifs constituent deux exemples. Les médecins travaillant à la vacation à l'urgence sont rémunérés à un tarif horaire plus élevé.
- Neuf des 16 médecins qui ont reçu des paiements à la

vacation dépassant 400 000 \$ avaient été codés au titre de vacation aux fins de tenue des dossiers. Cependant, ces médecins avaient d'autres modes de rémunération négociés avec le ministère. Nous n'avons pas entrepris davantage de travail au sujet de ces médecins.

- Trois médecins avaient des modes de rémunération particuliers, lesquels sont traités dans la prochaine section.

La politique en matière de rémunération par vacations n'est pas respectée.

2.226 La politique du ministère en matière de rémunération par vacation stipule que [Traduction] « *La rémunération par vacations est prévue pour les médecins dont on retient les services à temps partiel et pour des services qui ne se prêtent pas à la rémunération à l'acte... La rémunération par vacations est payée pour des soins cliniques jusqu'au salaire maximum de la catégorie applicable.* »

2.227 Nous comprenons que la politique prévoit que la compensation versée au médecin doit se faire de la façon la plus économique possible. On n'a pas besoin d'un médecin à temps plein dans les établissements comme les foyers de soins infirmiers et les prisons. Donc, rémunérer un médecin selon un taux horaire (vacation) est justifié du point de vue économique. La disposition « *jusqu'au salaire maximum de la catégorie applicable* » signifie que le taux horaire versé au médecin ne doit pas dépasser le montant que le médecin recevrait s'il était à salaire (RPM).

2.228 Nous avons cerné trois médecins qui ont été payés plus que ce qu'ils auraient dû selon le salaire contractuel pour leur classification. Le ministère nous a donné les explications suivantes :

- Un médecin [Traduction] « *a une entente approuvée avec la RRS qui remonte à 2002. Elle a été approuvée par le ministère...* »
- Un médecin [Traduction] « *est rémunéré par vacations depuis avril 2003 jusqu'à concurrence de 45 heures par semaine, ce qui va au-delà de la politique. Le médecin a pris sa retraite au cours de [l'exercice] 2012.* »
- Un médecin avait trois ententes de rémunération par vacations. Le ministère nous a dit que son interprétation de la politique en matière de rémunération par vacations était que la provision du salaire maximum s'appliquait à chaque entente de rémunération par vacations. Comme aucune des trois ententes n'avait dépassé le salaire

maximum, le ministère était d'avis que le médecin respectait la politique. Cependant, nous estimons que c'est un cas de non-respect parce que le total des paiements à la vacation versés au médecin dépasse le montant que le ministère lui aurait payé s'il avait été à salaire.

Résumé

2.229 Les paiements à la vacation que l'Assurance-maladie verse aux médecins ont trait à des services désignés qui sont rémunérés selon un tarif horaire, comme les médecins travaillant dans les salles d'urgence ou ceux travaillant à temps partiel dans un foyer de soins infirmiers ou dans une prison. Les paiements à la vacation versés aux médecins se sont élevés à environ 60 millions de dollars en 2011, ce qui représente 11 % des dépenses totales d'Assurance-maladie. Environ 250 médecins ont reçu des paiements à la vacation en 2011. Nous avons trouvé des cas de non-respect de la politique en matière de rémunération par vacations et nous estimons que le ministère devrait examiner et surveiller les ententes de rémunération par vacations avec les médecins en vue de s'assurer de la conformité avec la politique.

Annexe 13 – Constatations détaillées : La présentation de la rémunération des médecins dans des rapports destinés au public est incomplète et trompeuse.

Les paiements à l'acte versés aux médecins individuels ne sont pas présentés dans des rapports destinés au public.

2.230 Les paiements à l'acte versés aux médecins individuels ne sont pas présentés dans des rapports destinés au public. Les médecins rémunérés à l'acte et leur rémunération ne sont pas publiés dans les *Comptes publics – Information supplémentaire*.

La pièce 2.19 - Dépenses de paiements à l'acte de l'Assurance-maladie pour trois exercices

2.19 Dépenses de paiements à l'acte de l'Assurance-maladie pour trois exercices				
Ventilation des paiements à l'acte	Nombre de médecins (2010-2011)	2010-2011	2009-2010	2008-2009
Médecins (note 3)	1 490	291 725 033 \$	284 571 876 \$	271 812 348 \$
Radiologistes (note 4)	133	42 357 617	43 003 792	42 513 682
Autres		17 426 061	19 480 185	19 403 350
Total des paiements à l'acte		351 508 711 \$	347 055 853 \$	333 729 380 \$
Remarques :				
1. <i>Ventilation des paiements à l'acte</i> – distribution des paiements d'Assurance-maladie entre les radiologistes et tous les autres médecins.				
2. <i>Nombre de médecins (2010-2011)</i> – comprend tous les médecins qui ont reçu des paiements à l'acte au cours de la période, compte non tenu du montant, des autres types de paiements reçus ou spécialité. Source : Exercice 2011 – Rapport intitulé « Consolidated Practitioners Cumulative Earnings Report IR3542 » (non audité).				
3. <i>Médecins</i> – comprend toutes les spécialités, sauf la radiologie diagnostique ou la médecine nucléaire.				
4. <i>Radiologistes</i> – comprend tous les médecins pratiquant la radiologie diagnostique et la médecine nucléaire au cours de l'exercice 2011. En plus des radiologistes à temps plein, ce chiffre inclut les médecins suppléants à temps partiel, les retraités, les praticiens hors province, etc. La pièce 2.16 fournit des renseignements supplémentaires sur les radiologistes.				
5. <i>Autres</i> – paiements aux dentistes, à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), etc. qui ne sont pas liés spécifiquement aux médecins et aux radiologistes dans les données examinées				
Sources : Tableau créé par le Bureau du vérificateur général d'après les renseignements fournis par le ministère et le rapport d'analyse de compte du système d'information financière Oracle de la province du Nouveau-Brunswick pour les exercices 2009, 2010 et 2011.				

2.231 La pièce 2.19 présente les dépenses de paiements à l'acte pour trois exercices : 2009, 2010 et 2011. Il montre également le nombre de médecins qui ont reçu

des paiements en 2011. Il y a beaucoup de médecins inclus dans ce chiffre parce qu'ils font tous du service de garde, qui est rémunéré à l'acte.

2.232 Le total des paiements à l'acte en 2011 se chiffrait à plus de 351 millions de dollars, une somme importante. Afin que le ministère démontre une reddition de comptes appropriée, nous estimons que la ventilation de ces millions de dollars devrait faire l'objet de rapports destinés au public et soumis à l'examen de ce dernier.

2.233 Nous avons discuté de la présentation de la rémunération des médecins dans des rapports destinés au public avec le personnel du ministère. Nous avons été informés qu'en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* (paragraphe 8.1) le ministère ne peut pas publier légalement la rémunération à l'acte versée aux médecins. Le ministère nous a également informés qu'il avait un avis juridique pour corroborer ses dires. Nous lui avons demandé cet avis juridique, mais le ministère nous a répondu qu'il ne pouvait pas le partager avec nous.

2.234 Le ministère n'était pas en désaccord avec notre suggestion que, pour démontrer une reddition de comptes appropriée, la rémunération à l'acte versée aux médecins devrait être présentée dans des rapports destinés au public. Il nous a tout simplement informés que ce serait un non-respect de la loi que de publier la rémunération à l'acte et que le paragraphe 8.1 de la *Loi* devrait être modifié pour autoriser la publication de la facturation des médecins.

La présentation de rapports destinés au public à l'égard des médecins salariés est incomplète et trompeuse.

2.235 Le total des paiements salariaux versés aux médecins en 2011 était d'environ 110 millions de dollars. Nous avons examiné la liste des employés et des fournisseurs pour 2011 et avons constaté que seulement quelques médecins y figuraient. En outre, pour plusieurs de ceux énumérés, seule une partie de leur rémunération était montrée. Le ministère nous a informés que seulement quelques médecins salariés faisaient l'objet de rapports destinés au public et que les paiements à l'acte n'étaient pas inclus dans les montants déclarés.

2.236 La présentation de renseignements incomplets et inexacts sur la rémunération des médecins dans des rapports destinés au public est trompeuse. Comme pour les paiements à l'acte, nous estimons que la ventilation des paiements salariaux versés aux médecins devrait être présentée dans des rapports

destinés au public.

Il n’y a pas présentation sur les paiements à la vacation versés aux médecins individuels dans les rapports destinés au public.

2.237 Le total des paiements à la vacation versés aux médecins en 2011 s’est chiffré à environ 60 millions de dollars. La ventilation de ces paiements ne fait pas l’objet d’une présentation dans des rapports destinés au public. Encore une fois, pour que le ministère démontre une reddition de comptes appropriée, nous estimons que la ventilation de tous ces millions de dollars devrait être présentée dans des rapports destinés au public.

Résumé

2.238 Pour que le ministère démontre une reddition de comptes appropriée pour plus d’un demi-milliard de dollars en dépenses annuelles, nous estimons que la ventilation de ces dépenses soit présentée dans des rapports destinés au public et soumis à l’examen de ce dernier. Même si une modification législative est requise, le ministère devrait présenter dans des rapports destinés au public la rémunération totale de chaque médecin, peu importe qu’il soit rémunéré au moyen de paiements à l’acte, d’un salaire, de paiements à la vacation ou d’un autre mode de rémunération. (Cette présentation serait semblable à celle que le gouvernement fait pour la rémunération des employés et les paiements aux fournisseurs.) De plus, afin d’améliorer la reddition de comptes, le ministère devrait présenter dans des rapports annuels destinés au public des renseignements sommaires sur la rémunération des médecins, tels que les suivants : total des paiements pour chaque méthode de rémunération (paiements à l’acte, salaire, paiements à la vacation), rémunération des médecins par échelle monétaire, rémunération des médecins par spécialité, etc.