

Mémoire du RPCU

Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 92, Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec et modifiant diverses dispositions législatives



**Mémoire du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)
présenté à la Commission de la santé et des services sociaux**

10 mai 2016

Table des matières

Le RPCU	5
Sommaire exécutif	7
Introduction	8
I. Un projet de loi, plusieurs problématiques	8
II. Des professionnels responsables	9
a) La facturation des professionnels de la santé.....	9
b) L'autorégulation des médecins n'a plus sa place.....	10
c) Qui facture?.....	11
d) Les agences de facturation	11
III. Et le rôle de l'utilisateur dans tout cela?	12
a) Le rôle de l'utilisateur.....	12
b) De l'information pour les utilisateurs	13
IV. Les fraudes commises par les utilisateurs	14
V. Et si tous ces efforts étaient inutiles – article 46	14
Conclusion	15

Le RPCU

Le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) du réseau de la santé et des services sociaux représente les 8 000 000 usagers du réseau. Il est le porte-parole des 600 comités des usagers et de résidents des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

Les comités des usagers et les comités de résidents sont présents dans tous les établissements du réseau de santé et de services sociaux en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). La mission des comités des usagers et de résidents est de défendre les droits des usagers et de travailler à améliorer la qualité des services offerts aux usagers de leur établissement. Les valeurs du RPCU, qui guident ses prises de position, incluent l'engagement, le respect et la solidarité.

Le RPCU défend également les droits des personnes âgées et des jeunes.

Sommaire exécutif

Le RPCU estime que, de façon générale, les professionnels de la santé et des services sociaux qui réclament des honoraires auprès de la RAMQ le font en toute honnêteté et n'abusent pas du système.

Le projet de loi n° 92 répond à des besoins particuliers et est nécessaire.

Les amendes, la revue des délais et le pouvoir d'inspection sont des mesures raisonnables et souhaitables.

Un resserrement des contrôles sur la facturation peut générer des économies importantes. Le Québec n'est plus en mesure de perdre des sommes importantes, lesquelles pourraient être investies dans les soins et dans les services aux usagers.

La loi devrait être modifiée afin d'inclure une disposition pour interdire la facturation et la rémunération à la commission.

L'utilisateur devrait aussi être impliqué dans le contrôle des actes rendus par des professionnels.

En plus d'un récépissé, le médecin devrait remettre par écrit aux usagers son diagnostic et le suivi qui doit être fait. L'INESSS devrait être le maître d'œuvre pour l'implantation de cette mesure.

La carte d'assurance maladie devrait comporter des éléments sécuritaires qui la rendraient difficile à altérer.

Le RPCU croit qu'il faut ajuster l'article 46 et ajouter un amendement au projet de loi.

Introduction

Le projet de loi n° 92 vise à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de recouvrer d'un professionnel de la santé ou d'un tiers une somme illégalement obtenue d'une personne assurée. Ce projet de loi est la réponse du ministre de la Santé et des Services sociaux à la demande de la Régie de l'Assurance maladie du Québec qui a constaté les limites de ses pouvoirs. Ce projet de loi répond aussi aux demandes des partis politiques à l'Assemblée nationale, des ordres professionnels et des usagers eux-mêmes.

Le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) du réseau de la santé et des services sociaux, le principal porte-parole des usagers et des comités des usagers, s'est joint à eux pour demander également un tel projet de loi.

Le RPCU appuie le projet de loi n° 92 dans sa forme actuelle et avec les contraintes que ce projet de loi ajoute afin de nous assurer, comme Québécoises et Québécois, que l'argent de nos impôts serve aux bonnes fins. Nous notons toutefois l'absence encore une fois des usagers dans les processus mis en place par cette loi.

I. Un projet de loi, plusieurs problématiques

Le projet de loi n° 92 identifie plusieurs problématiques. Le RPCU s'est attardé particulièrement aux articles qui traitent :

- des nouveaux pouvoirs de la RAMQ pour le contrôle de la rémunération des médecins;
- du contrôle et du recouvrement des frais assurés;
- du prêt illégal d'une carte d'assurance maladie du Québec.

Depuis quelques mois, les médias ont beaucoup insisté sur les fraudes commises par des professionnels. Bien sûr, la raison d'être de ce projet de loi concerne avant tout les contrôles nécessaires pour éviter les erreurs ou les fraudes, mais le projet de loi traite aussi d'autres sujets.

Le projet de loi permettrait également à la RAMQ d'obtenir réparation pour un usager qui aurait payé des frais illégaux à un professionnel que nous interprétons comme des frais accessoires. Il contient aussi des dispositions pour faire cesser cette pratique.

Le projet de loi inclut également des mesures pour contrer l'utilisation frauduleuse de la carte d'assurance maladie du Québec et des sanctions que risquent d'encourir les fraudeurs.

II. Des professionnels responsables

D'entrée de jeu, le RPCU croit que de façon générale les professionnels de la santé et des services sociaux qui réclament des honoraires auprès de la RAMQ le font de façon honnête et qu'ils n'abusent pas du système. Il peut survenir des erreurs de bonne foi.

Il peut arriver également que l'on tente d'abuser du système. C'est de cela que traite le projet de loi et qui intéresse les usagers : l'argent détourné pour des services non dispensés à des usagers ou pour des frais accessoires.

a) La facturation des professionnels de la santé

Le phénomène est-il limité ou répandu? Nos experts universitaires ne semblent pas intéressés par la question puisque nous n'avons vu aucun commentaire de leur part dans les journaux. Pourtant nous, les usagers, croyons qu'il est nécessaire, sinon essentiel, d'agir car cet argent détourné est autant de services que nous ne recevons pas.

Personne ne peut nous dire l'ampleur des erreurs commises de bonne foi ou intentionnellement. Nous pouvons néanmoins établir une échelle de grandeur.

Supposons un taux de 1 % d'erreur ou de fraude. Ce taux équivaut à 75 millions de dollars, lesquels seraient détournés chaque année et qui ne serviraient pas aux usagers.

Cette somme dépasse les frais de stationnement demandés aux usagers dans les établissements. C'est plus que la facturation des chambres privées dans les hôpitaux ou les frais accessoires actuellement payés par les usagers.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux nous dit qu'il ne peut pas se passer de ces frais payés par les usagers. Pour leur part, les usagers lui répondent qu'ils ne peuvent pas se permettre de perdre 75 000 000 \$ annuellement pour des services qu'ils ne reçoivent pas alors qu'ils sont en droit de les recevoir.

Dans notre mémoire sur le panier de services assurés qui a été présenté au Commissaire à la santé et au bien-être, le RPCU a encore une fois insisté sur les économies à faire avant de couper les services. Ce projet de loi est un autre exemple d'économies que peut générer un resserrement des contrôles sur les facturations que propose le projet de loi n° 92.

Le RPCU croit que les amendes, la revue des délais et le pouvoir d'inspection sont toutes des mesures raisonnables et nécessaires. Certains usagers pourraient souhaiter aller plus loin, car le gouvernement est souvent bien sévère lorsqu'il s'agit d'erreurs provenant d'usagers vivant de l'aide sociale.

b) L'autorégulation des médecins n'a plus sa place

Les fédérations et les associations de médecins tentent de nous convaincre que le projet de loi n° 92 n'est pas le bon moyen. La véritable question à poser aujourd'hui est à savoir si l'on doit laisser les médecins s'autoréguler.

Si tel était le cas, le Collège des médecins du Québec, par l'entremise de son code de déontologie, aurait la réponse. Pourtant le Collège dit que son code n'est pas suffisant et que même lui, à titre d'organisme, aurait besoin d'outils supplémentaires pour faire son travail de surveillance.

Il devient donc nécessaire de nous doter d'un mécanisme de contrôle pour nous assurer de recevoir les services auxquels nous avons droit.

Il y a deux ans, l'Association médicale du Québec a débattu de ce sujet lors d'un colloque. Elle proposait un contrat social pour réguler les actions des médecins. Bien sûr, cette idée de contrat social est empruntée au domaine juridique. Le concept désignait initialement un contrat par lequel des individus mettent en commun des biens et des activités. C'est donc avant tout une relation d'affaire. Les associés s'engageaient à partager toute perte ou tout bénéfice qui découlerait de cette association.

À cette occasion, le RPCU avait affirmé ne pas croire que ce contrat social était la bonne solution. Comme usagers, ce qui nous dérange dans ce contrat social, c'est qu'il vaut mieux que les médecins s'autorégulent avant que l'État ne leur impose des balises.

Le RPCU estime que nous en sommes arrivés à devoir imposer des balises et des contrôles sur la façon dont nous rémunérons nos médecins et sur la façon dont nous assurons le suivi de leurs comptes.

En tant que représentant des usagers, le RPCU affirme que l'on ne peut plus aujourd'hui se fier sur un « gentleman agreement ». Car si on endosse la logique des fédérations de médecins, nous devrions accepter une entente basée sur l'honneur et non coercitive. Notre compréhension est que les médecins nous disent « nous allons prendre les choses en main et régler nos problèmes entre pairs ». Le RPCU ajoute « entre pairs d'un royaume où le pouvoir serait aux mains d'une oligarchie forte, les médecins ». Cela n'est plus acceptable aujourd'hui.

Cette façon archaïque de concevoir la relation du médecin à la société comme étant le « modèle médical que l'on pourrait qualifier d'organique » a prévalu jusqu'à la fin de la Seconde guerre mondiale. Depuis, on a vu naître les états-providence. Ces états, dont le Québec, ont mis en place des systèmes de santé et ont privilégié la prise en charge collective de la santé par l'État, y compris la rémunération des professionnels de la santé.

Le Québec n'est plus en mesure de perdre des sommes importantes qui pourraient être investies dans les soins et les services aux usagers.

c) Qui facture?

Le manuel de facturation de la RAMQ contient environ onze mille codes (11 000). On y prévoit tout. Nous voyons mal un médecin faire lui-même ses comptes. Il confie cette tâche à son service administratif, probablement à sa secrétaire dans un petit cabinet ou à un agent administratif dans un plus grand.

D'autres médecins ont plutôt recours à des agences spécialisées. Nous apprenons que certaines de ces agences sont payées au rendement. Plus elles facturent, plus elles trouvent des frais ignorés. Plus élevés seront leurs honoraires.

Pour illustrer la situation, nous reproduisons une publicité de l'une de ces agences que nous avons trouvée sur Internet :

« Quel que soit votre type de pratique en tant que médecin en cabinet, en centre hospitalier, en CLSC, notre service vous permettra d'optimiser vos revenus... »

Optimiser les revenus pour autant, bien sûr, que cela ne se fasse pas au détriment de l'État et de l'utilisateur. Ce que nous venons de décrire est un appel à l'exagération. C'est un appel à une surenchère de frais. Et cela, le RPCU ainsi que les usagers ne peuvent pas l'accepter.

Nous suggérons même que la loi soit modifiée afin d'inclure une clause pour interdire la facturation à la commission.

d) Les agences de facturation

Les agences de facturation ou de traitement de données qui agissent pour les médecins doivent signer un formulaire de la RAMQ pour être autorisées à envoyer directement par voie électronique les factures de leurs clients médecins. D'ailleurs, l'article 25 du projet de loi n° 92 prévoit que « le relevé d'honoraires ou la demande de paiement d'un professionnel de la santé doit être transmis à la Régie uniquement sur support informatique ».

Dans le formulaire de la Régie, les agences s'engagent à « être rémunérées pour ses services sur une base autre qu'à commission ou à pourcentage sur les montant d'honoraires exigibles de la Régie ou payés par la Régie ».

Ces dispositions sont basées sur la **Loi sur l'assurance maladie**, LRQ, c. A-29, a. 72, et sur la réglementation de la Régie.

L'article 17 du **Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie** prévoit spécifiquement l'interdiction d'un mode de rémunération des agences par pourcentage. Nous citons :

17. Cas et conditions suivant lesquels une agence de traitement de données peut agir comme mandataire : Une agence de traitement de données peut réclamer de la Régie, à titre de mandataire, des honoraires au nom d'un professionnel accrédité ou d'un membre du groupe accrédité de professionnels lorsque sont réunies les conditions suivantes :

- a) elle est dûment mandatée à cette fin par le professionnel accrédité ou le membre du groupe accrédité de professionnels;
- b) elle remplit chacune des conditions énoncées aux articles 23 et 29;
- c) elle est rémunérée pour ses services sur une base autre qu'à commission ou à pourcentage sur le montant des honoraires exigibles de la Régie ou payés par la Régie;
- d) elle se conforme à l'article 28.1.

Le RPCU recommande que le projet de loi n° 92 prévienne spécifiquement une disposition pour interdire la rémunération à la commission.

Il nous apparaît important que les usagers puissent constater une volonté gouvernementale de transparence, une condition qui devient de plus en plus essentielle à la confiance publique. Il serait en effet trop facile pour un gouvernement de modifier le règlement sans que cela passe sous le radar de l'opinion public.

III. Et le rôle de l'utilisateur dans tout cela?

Comment le médecin fait-il donc sa facturation? Nous présumons que le médecin inscrit le service rendu, ou les services rendus, dans ses dossiers. Mais qui dit que les services ont été réellement rendus?

a) Le rôle de l'utilisateur

Encore une fois, le projet de loi ignore le rôle que l'utilisateur pourrait avoir dans le contrôle des coûts.

Le seul qui sait si les services ont été rendus est l'utilisateur lui-même. Pourtant, il n'a aucune trace des services reçus. Ne serait-il pas temps que l'utilisateur reçoive une attestation quelconque des services qu'il a reçus d'un professionnel de la santé?

Cette méthode est facile à mettre en place. Pourquoi est-ce possible pour certains professionnels comme les dentistes et non pour les médecins? Le dentiste nous remet une facture détaillée lorsque nous quittons son cabinet. Nous l'acquittons parfois immédiatement. Est-ce à dire que la tâche est moins complexe pour eux que pour le médecin? Nous ne le croyons pas.

On pourrait nous répondre que l'utilisateur ne paie pas pour services qu'il reçoit. Ce n'est pas tout à fait exact car les Québécoises et les Québécois paient beaucoup d'impôts pour le système public de santé et de services sociaux.

Nous proposons d'ajouter, à la *Loi sur l'assurance maladie*, un article à la suite de l'article 9.0.5 qui se lirait comme suit :

9.0.6. Toute personne assurée qui se verra dispenser un service par un médecin pratiquant à l'extérieur d'un établissement ou de ses installations à la suite de l'utilisation d'une carte d'assurance maladie ou d'une carte d'admissibilité, se verra remettre un récépissé décrivant la nature des services rendus, soit une consultation, une référence ou une prescription pour un traitement ou un médicament, en utilisant le formulaire fourni à cette effet par la Régie (ou dont le contenu est prescrit par la Régie).

b) De l'information pour les usagers

La technologie nous permet actuellement d'aller plus loin encore dans les services offerts aux usagers. À titre d'exemple, les pharmaciens remettent aux usagers une page de renseignements sur le médicament qu'ils vendent à l'utilisateur. Ces informations sont essentielles pour la prise du médicament, sur son meilleur usage et l'adhésion au traitement.

Le RPCU propose que le médecin, en plus d'un récépissé, remette par écrit aux usagers son diagnostic et le suivi qui doit être fait. Cela éviterait la fameuse question « Qu'est-ce que t'a dit ton médecin? » et la réponse « Je ne m'en souviens pas parce que j'ai rien compris ».

Le RPCU a proposé à l'INESSS d'être le maître d'œuvre de cette mesure. Ce dernier pourrait normaliser les diagnostics et les façons de faire. Les médecins auraient une banque de données à utiliser pour informer les usagers.

Cette façon simple pourrait être calquée sur la pratique des pharmaciens.

IV. Les fraudes commises par les usagers

Le projet de loi traite aussi d'une autre problématique qui est la fraude commise par un usager. Nous nous rappelons tous de cette fraude concernant certains pays d'Afrique du Nord. Un important gestionnaire d'une compagnie aérienne et des membres de sa famille étaient impliqués. On a entendu parler de fraude lors de la guerre au Liban. Les journaux nous rapportent régulièrement la saisie de cartes d'assurance maladie.

Ce que nous décrivons est donc bien réel. Tant et aussi longtemps que des mesures de contrôle ne seront pas mises en place pour sécuriser la carte d'assurance maladie, les contrôles seront presque impossibles à effectuer et les fraudes continueront.

Il serait facile de jumeler les différents dossiers du Québec qui comportent des mesures de sécurité. Cela allégerait même la tâche de tous dans ce domaine.

Le RPCU croit donc que la carte d'assurance maladie devrait comporter des éléments sécuritaires qui la rendraient difficile à altérer.

V. Et si tous ces efforts étaient inutiles – article 46

Le RPCU croit qu'il faut ajuster l'article 46 et ajouter un amendement au projet de loi.

L'article 46 du projet de loi n° 92 modifie l'article 78 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* dans le cadre de l'exercice d'un recours, pris en vertu de la subrogation légale de l'État à la suite d'un préjudice causé par la faute d'un tiers à un usager.

Cet article spécifie que l'établissement doit communiquer au ministre tout renseignement contenu au dossier de l'utilisateur qui est nécessaire à l'exercice de ce recours. Cette obligation est accompagnée de celle pour l'établissement d'informer l'utilisateur de la nature des renseignements ou des documents ainsi transmis. Cela a des conséquences qui semblent avoir été ignorées par ce projet de loi.

Le RPCU doit vous rappeler que l'article 19 de la LSSSS confirme le caractère confidentiel du dossier de l'utilisateur mais qu'il énumère toutefois des exceptions.

Le RPCU est d'avis que, faute d'être accompagné d'un amendement à l'article 19, la modification de l'article 78 de la LSSSS serait inutile car le consentement de l'utilisateur est requis pour la transmission pour qu'on y ait accès. Au soutien de notre prétention, nous vous faisons remarquer que le libellé de l'article 46 du projet de loi est similaire à l'article 78.1. Cet article est indiqué comme une exception de l'article 19 à son paragraphe 7.

Mais, qu'advient-il si l'établissement ne respecte pas son obligation d'informer l'utilisateur? Y aurait-il une sanction? Les renseignements ou documents seraient-ils alors exclus de la preuve?

Le RPCU croit que sans cette précision, les renseignements ou documents requis pour un recours pourraient être exclus de la preuve présentée par la RAMQ.

La confidentialité du dossier de l'utilisateur est essentielle dans notre système de santé. Le RPCU entend le rappeler.

Conclusion

Le RPCU estime que, de façon générale, les professionnels de la santé et des services sociaux qui réclament des honoraires auprès de la RAMQ le font en toute honnêteté et n'abusent pas du système.

Le projet de loi n° 92 répond à des besoins particuliers et est nécessaire.

Les amendes, la revue des délais et le pouvoir d'inspection sont des mesures raisonnables et souhaitables.

Un resserrement des contrôles sur la facturation peut générer des économies importantes. Le Québec n'est plus en mesure de perdre des sommes importantes, lesquelles pourraient être investies dans les soins et dans les services aux usagers.

On ne peut plus se fier sur un « gentleman agreement » et il est désormais nécessaire de nous doter d'un mécanisme de contrôle pour nous assurer de recevoir les services auxquels nous avons droit.

La loi devrait être modifiée afin d'inclure une disposition pour interdire la facturation et la rémunération à la commission.

L'utilisateur devrait aussi être impliqué dans le contrôle des actes rendus par des professionnels.

Le RPCU propose l'ajout d'un article à la *Loi sur l'assurance maladie*, à la suite de l'article 9.0.5, qui se lirait comme suit :

9.0.6. Toute personne assurée qui se verra dispenser un service par un médecin pratiquant à l'extérieur d'un établissement ou de ses installations à la suite de l'utilisation d'une carte d'assurance maladie ou d'une carte d'admissibilité, se verra remettre un récépissé décrivant la nature des services rendus, soit une consultation, une référence ou une prescription pour un traitement ou un

médicament, en utilisant le formulaire fourni à cette effet par la Régie (ou dont le contenu est prescrit par la Régie).

En plus d'un récépissé, le médecin devrait remettre par écrit aux usagers son diagnostic et le suivi qui doit être fait. L'INESSS devrait être le maître d'œuvre pour l'implantation de cette mesure.

La carte d'assurance maladie devrait comporter des éléments sécuritaires qui la rendraient difficile à altérer.

Le RPCU croit qu'il faut ajuster l'article 46 et ajouter un amendement au projet de loi.



Regroupement provincial des comités des usagers
C.P. 60563, succursale Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H1V 3T8
Téléphone : 514 436-3744
Télécopieur : 514 439-1658
info@rpcu.qc.ca
www.rpcu.qc.ca

Mai 2016