

2002

Rapport annuel de gestion

2003



Régie de l'assurance maladie du Québec

*Pour la santé,
hier, aujourd'hui et demain*

Québec 



ASSEMBLÉE NATIONALE

N° 186-20031021



Publié par la Direction des communications
de la Régie de l'assurance maladie du Québec

Graphisme
Bernier Renault Communication Marketing

Impression
Caractéra

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-550-40949-3
ISSN 1703-3780

Dans le présent rapport, le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes
lorsque le contexte s'y prête.

ERRATUM

Malgré toute l'attention qui fut portée à l'édition du rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec, une erreur figure à la page 45 du document que vous avez entre les mains.

Dans le tableau des résultats annuels, le pourcentage des communications établies au Centre de support aux pharmaciens pour l'année 2000-2001 s'élève à 99 % et non à 9 %.

Merci de votre compréhension et bonne lecture !

La Direction des communications

TABLE DES MATIÈRES

Message du président	7
Déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents	9
Rapport de validation de la vérification interne	10
Portrait de la Régie de l'assurance maladie du Québec	
Une mission importante	13
La Régie au service de sa clientèle	17
Une organisation pleinement vouée à sa mission	21
Les faits saillants de l'année	29
Les résultats des engagements de la Régie	
Avant-propos	35
La déclaration de services aux citoyens	36
Les objectifs stratégiques	50
- Le contexte	50
- Les résultats	51
Les ressources de la Régie	
Les ressources humaines	69
Les ressources informationnelles	71
Diverses exigences législatives et gouvernementales	
La politique linguistique	75
Le plan d'action en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information	75
Le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec	77
Les états financiers et les données financières	
Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2003	81
Les données financières	92
Le régime général d'assurance médicaments	
Le rapport d'activité 2002-2003	105
Les états financiers du Fonds de l'assurance médicaments	111
Annexes	
1- Les lois et règlements auxquels la Régie est assujettie	121
2- Les programmes administrés par la Régie	125
3- Le plan stratégique 2001-2004 (tableau synthèse)	132
4- Les recours en cas d'insatisfaction	135
5- Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	137
Liste des publications majeures	143
Comment nous joindre	144

Québec, le 23 juin 2003

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1

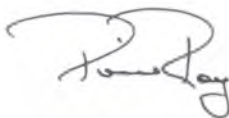
Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous soumettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2003.

Ce rapport fait état des résultats obtenus par la Régie relativement aux objectifs de son plan stratégique et aux engagements de services qu'elle a pris envers les citoyens. Il traite aussi de la gestion de ses ressources, répond aux différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur et présente des états financiers vérifiés. Vous y trouverez également le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération.

Le président-directeur général,



PIERRE ROY

MESSAGE DU PRÉSIDENT



C'est avec enthousiasme que j'ai joint les rangs, le 3 février 2003, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, une organisation dont l'excellence et l'expertise sont largement reconnues. Depuis mon arrivée à la direction de la Régie, j'ai été à même d'apprécier l'importance de sa contribution au développement du secteur de la santé et des services sociaux et au mieux-être de la population québécoise. J'entends tout mettre en œuvre pour que cette contribution s'intensifie, en privilégiant un partenariat avec les acteurs du domaine, dont, au premier chef, le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les grands enjeux du système de santé et de services sociaux nous concernent tous et la Régie participe activement à la mise en œuvre de mesures importantes, comme en témoigne notre rôle dans le dossier de l'assurance médicaments, dans l'institution des groupes de médecine de famille et dans la mise en place de services en ligne favorisant l'amélioration des services à la clientèle.

J'ai donc le plaisir de vous présenter les résultats atteints en 2002-2003. Sans aucun doute, ils reflètent notre engagement à innover, à adopter une gestion performante et à offrir aux citoyennes et aux citoyens du Québec des services de haute qualité. La Régie n'a pas craint de viser haut et de se lancer des défis à la mesure des besoins exprimés. Au moment d'entrer dans la dernière année de son cycle actuel de planification stratégique, elle est confiante dans l'atteinte de la plupart des objectifs qu'elle s'est fixés.

Plus que jamais depuis l'adoption de sa déclaration de services aux citoyens, la Régie place le service aux citoyens au centre de ses priorités. Courtoisie, accessibilité, confidentialité, efficacité et rapidité sont autant d'aspects de service que nous nous efforçons de maintenir à un niveau de qualité digne de l'importance de l'organisme.

En terminant, je remercie chacun des membres du personnel et je tiens à souligner leur compétence et leur dévouement. J'aimerais aussi souligner l'engagement et l'expertise des membres du conseil d'administration et les remercier de leur indéfectible appui. Enfin, je remercie la population pour la confiance qu'elle nous manifeste et je l'assure que notre engagement en faveur de la qualité des services continuera d'inspirer nos actions au cours du prochain exercice.

Le président-directeur général,

A stylized, handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Pierre Roy'.

PIERRE ROY

DÉCLARATION ATTESTANT LA FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

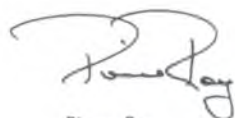
La déclaration qui suit porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité de l'information et des résultats contenus dans ce rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À notre connaissance, les informations figurant dans ce rapport :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats et les orientations stratégiques de l'organisme;
- présentent les cibles et les objectifs visés ainsi que les résultats atteints;
- constituent des données exactes et fiables;
- s'appuient sur des systèmes d'information et des mesures de contrôle reconnus.

En conséquence, nous déclarons que les données contenues dans ce rapport ainsi que les contrôles afférents sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2003. De plus, les résultats présentés ont été évalués quant à leur plausibilité et ont fait l'objet d'une mission d'examen par le Service de la vérification interne et de l'assurance qualité.

Le rapport a été approuvé par le comité de régie interne, qui en assume la responsabilité, ainsi que par le conseil d'administration de la Régie.



Pierre Roy
Président-directeur général



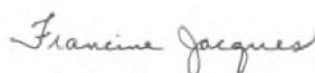
Jean-Marie Lévesque
Directeur général des systèmes
et des technologies de l'information



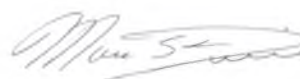
André-Gaétan Corneau
Secrétaire général et directeur général
des affaires institutionnelles



Mimi Pontbriand
Directrice générale des services aux personnes assurées



Francine Jacques
Directrice générale de l'administration
et de la gestion de l'information



Marc St-Pierre
Directeur général de la rémunération des professionnels

RAPPORT DE VALIDATION DE LA VÉRIFICATION INTERNE

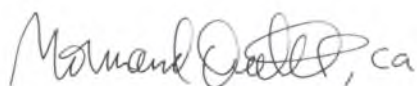
Monsieur le Président-Directeur général,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et de l'information figurant au rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2003. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction de la Régie.

Notre responsabilité consiste à évaluer la plausibilité et la cohérence générale de l'information fournie, en nous basant sur le travail que nous avons mené au cours de notre examen. Il ne s'agit pas d'une vérification.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à prendre des renseignements, à utiliser des procédés analytiques, à apprécier le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser les calculs, à demander des pièces justificatives et des précisions au besoin.

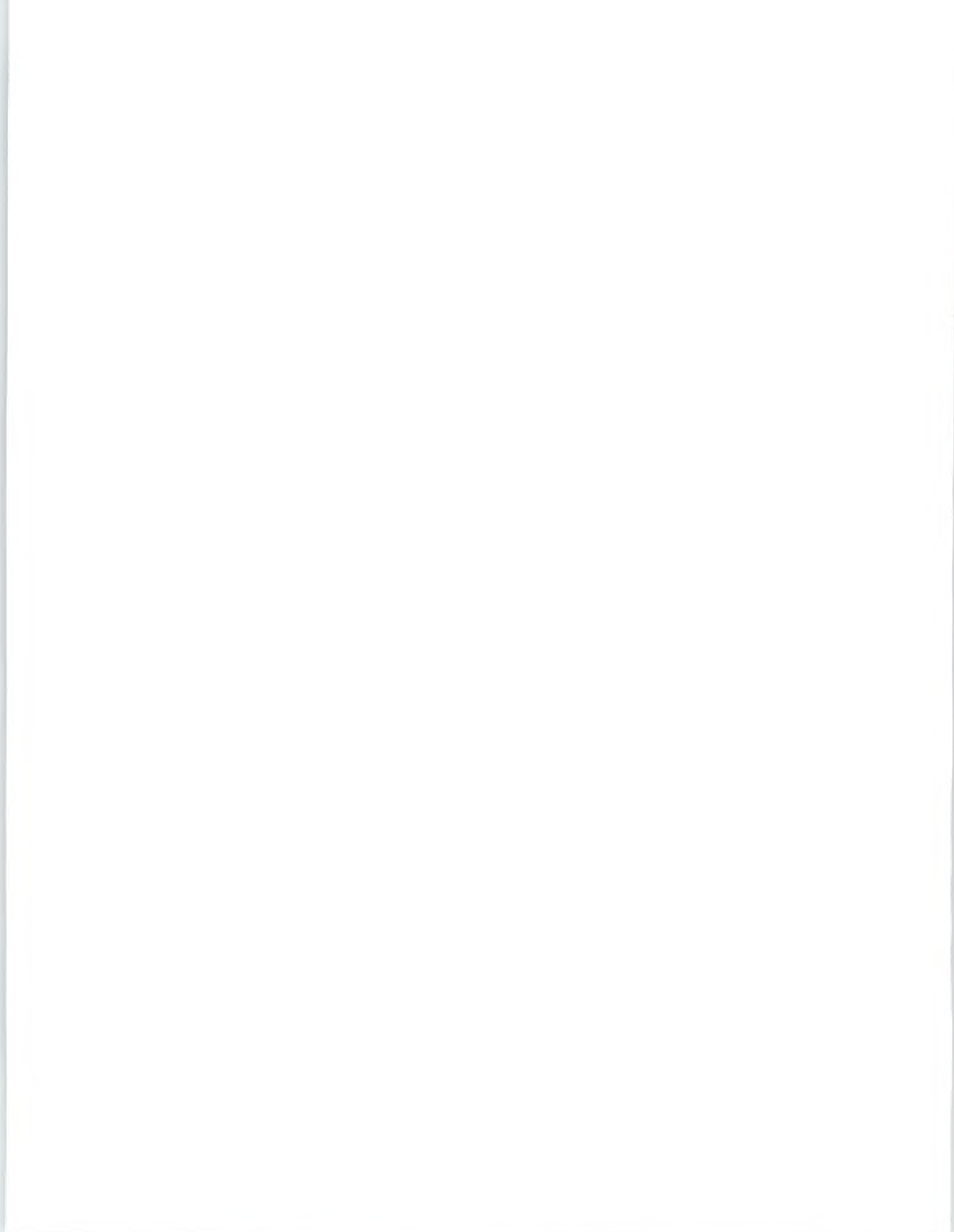
Au terme de notre examen, nous concluons que l'information dans ce rapport annuel de gestion nous paraît, à tous les égards importants, plausible et cohérente.



Normand Ouellet
Chef du Service de la vérification interne et de l'assurance qualité

Québec, juin 2003

*Portrait de la
Régie de l'assurance maladie du Québec*



UNE MISSION IMPORTANTE

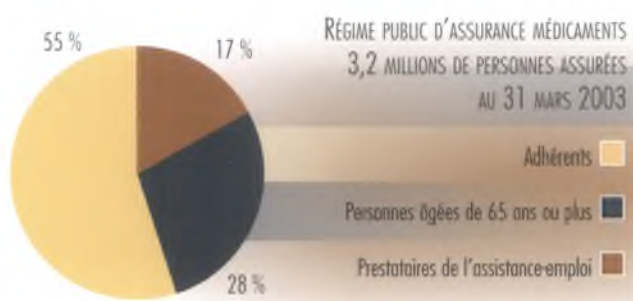
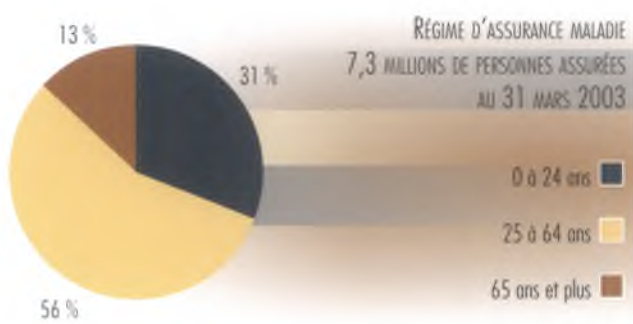
Depuis sa création en 1969, la Régie de l'assurance maladie du Québec a acquis une solide réputation en tant que société de services. Relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, elle est directement associée aux grands enjeux en matière de santé, ce qui l'amène à jouer un rôle essentiel auprès de la population.

Dans des champs de compétence variés, les 1 550 employés de la Régie participent à l'accomplissement d'une même mission :

Contribuer à maintenir et à améliorer l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois.

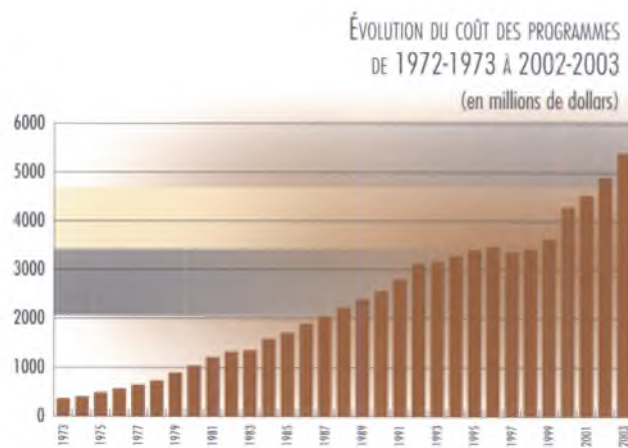
DE NOMBREUX MANDATS

La Régie a pour principale responsabilité d'administrer le régime d'assurance maladie ainsi que le régime public d'assurance médicaments entré en vigueur en 1997. Précisons que ceux-ci touchent respectivement 7,3 millions et 3,2 millions de personnes assurées.

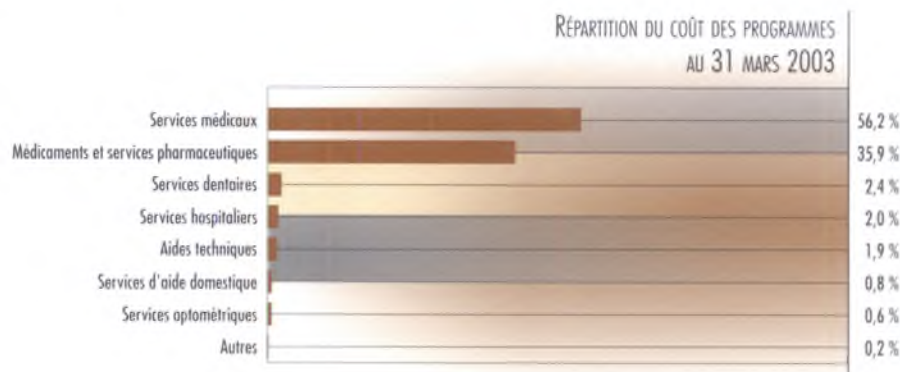


La Régie a aussi le mandat de gérer tout autre programme qui lui est confié. De fait, ses responsabilités ne cessent de croître suivant l'évolution du système de santé et de services sociaux. Ainsi, elle gère aujourd'hui une quarantaine de programmes complémentaires qui lui ont été confiés au fil du temps¹.

¹ La liste des lois et règlements auxquels est assujettie la Régie figure en annexe, de même que celle des programmes qu'elle administre.



Pour l'année financière 2002-2003, les coûts relatifs aux régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments représentent à eux seuls 92 % des 5,3 milliards de dollars engagés dans les programmes administrés par la Régie.



La gestion des programmes au quotidien

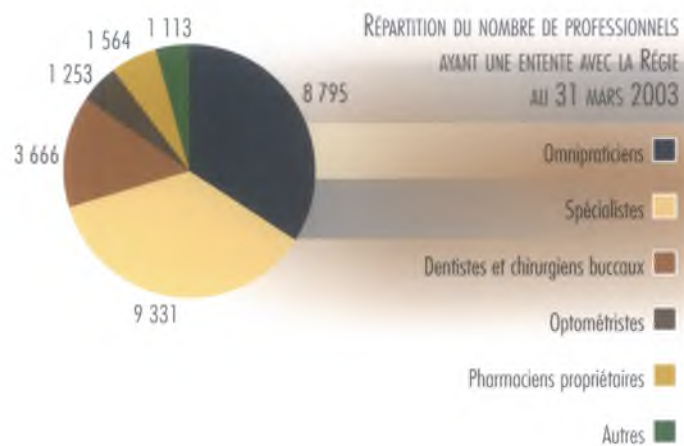
L'ACCÈS AUX SERVICES ASSURÉS

La gestion des programmes placés sous la responsabilité de la Régie se concrétise, au quotidien, par des fonctions essentielles auxquelles participe un nombre important d'employés. En premier lieu, la Régie veille à ce que toutes les personnes qui y ont droit puissent bénéficier des services de santé et des services sociaux offerts dans le cadre des régimes et des programmes qu'elle administre. La délivrance de la carte d'assurance maladie et son renouvellement figurent en tête des activités de l'organisation à cet égard. La Régie procède aussi à l'inscription des personnes pouvant bénéficier du régime public d'assurance médicaments.

Durant la seule année 2002-2003, la Régie a délivré plus de 2 millions de cartes d'assurance maladie et a traité plus de 345 000 demandes relatives à l'inscription au régime public d'assurance médicaments.

LA RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Non seulement la Régie fait en sorte que les personnes assurées puissent bénéficier des programmes qu'elle administre, mais elle veille à ce que soient rémunérés les quelque 26 000 professionnels de la santé et autres dispensateurs de services.



La Régie calcule la rétribution des professionnels de la santé selon les modes de rémunération prévus dans les diverses ententes conclues par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Comme elle gère l'ensemble de l'information pertinente au calcul de leur rétribution, elle est en mesure de leur fournir des renseignements personnalisés sur toute question concernant ces ententes.

En 2002-2003, la Régie a traité près de 140 millions de demandes de paiement, dont environ 90 millions provenaient des pharmaciens et 50 millions des médecins.

LE PAIEMENT DES BIENS ET SERVICES ASSURÉS

La Régie paie, en tout ou en partie, les biens et services auxquels ont droit les personnes assurées. Le régime public d'assurance médicaments constitue un bon exemple à cet égard.

De la même façon, la Régie gère les programmes d'aides techniques destinés aux personnes atteintes d'une déficience physique ainsi que les programmes relatifs aux services médicaux et hospitaliers fournis hors du Québec.

Enfin, dans le cadre des programmes qui s'adressent notamment aux adultes hébergés, aux personnes prises en charge par des ressources intermédiaires² ou encore aux personnes ayant recours aux services d'aide domestique, la Régie est appelée, selon le cas, à fixer le montant de la contribution financière, de l'allocation de dépenses personnelles ou de l'aide financière consentie.

Une grande quantité de données sociosanitaires

Les responsabilités assumées par la Régie au sein du réseau de la santé et des services sociaux l'ont amenée à accumuler une grande quantité de données sociosanitaires, dont la part la plus importante provient des programmes qui lui sont confiés.

² Une ressource intermédiaire est une entreprise qui possède un lien contractuel avec un établissement de santé public et qui fournit un milieu de vie et des services à des personnes n'étant pas en mesure de vivre seules.

Cet « actif informationnel » est mis à la disposition des chercheurs et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, qui l'utilisent en vue d'améliorer les services offerts. Les modalités de diffusion sont établies en fonction des besoins exprimés, dans le respect des lois et des règles de protection des renseignements personnels.

La Régie s'appuie sur son actif informationnel pour réaliser ses propres études sur la consommation et la distribution des services de santé ainsi que sur l'évolution du coût des programmes. Ces études lui permettent de conseiller judicieusement le ministre de la Santé et des Services sociaux quant à l'évolution des programmes qu'elle administre.

Une expertise reconnue

La Régie a acquis un savoir-faire dans les domaines des technologies de l'information, de la gestion de projets d'envergure ainsi que de la gestion de l'information. En raison de son expertise, elle est appelée à contribuer à la modernisation des services de santé et des services sociaux au Québec, comme en témoigne le projet Carte santé Québec.

Depuis sa création, la Régie a joué un rôle grandissant dans la concrétisation des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux. En effet, elle a su au fil des ans gagner la confiance du milieu grâce à sa collaboration avec les différents acteurs du réseau, tant les professionnels de la santé que le ministère de la Santé et des Services sociaux, les régies régionales, les établissements de santé, le Conseil du médicament et les chercheurs.

LA RÉGIE AU SERVICE DE SA CLIENTÈLE

En tant qu'acteur important du réseau de la santé et des services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec a le souci d'offrir à sa clientèle les meilleurs services possible.

Des engagements concrets quant à la qualité des services

Déjà, lors de l'opération « Priorité : service » lancée en 1996, la Régie annonçait publiquement ses engagements quant à la qualité des services. Cette volonté se reflétait également dans son plan stratégique 1996-2001.

La Régie adhère donc pleinement à la philosophie de la Loi sur l'administration publique adoptée en mai 2000, qui est orientée vers le service aux citoyens. Si son plan stratégique 2001-2004¹ et sa déclaration de services aux citoyens ont été produits conformément aux dispositions de la loi, ils s'inscrivent, du même coup, en continuité avec des pratiques déjà bien établies dans l'organisation.

La Régie s'est d'ailleurs dotée d'un plan d'amélioration des services, afin de mieux répondre aux besoins de sa clientèle, d'améliorer la qualité de l'information fournie et de diminuer les délais dans la prestation des services.

Plusieurs des actions de ce plan misent sur le partenariat avec différents collaborateurs. La Régie associe également ses employés à cette démarche d'amélioration et met à profit la plus-value apportée par les technologies de l'information.

Le plan d'amélioration répond aux exigences formulées dans le Plan d'action gouvernemental d'amélioration des services aux citoyens et ses actions s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique 2001-2004 de la Régie.

Une clientèle bien informée

Une grande partie des activités de la Régie consiste à bien renseigner la clientèle. Dans les centres d'appels, des préposés répondent quotidiennement aux demandes de renseignements des personnes assurées, des médecins, des pharmaciens et des autres professionnels de la santé, en plus de leur offrir divers services. Des services automatisés de renseignements téléphoniques sont aussi disponibles en tout temps. Enfin, des préposés accueillent les visiteurs dans les bureaux de la Régie, tant à Québec qu'à Montréal.

Outre ces services, la Régie fournit de la documentation écrite. En effet, les grands régimes que sont l'assurance maladie et l'assurance médicaments, de même que les programmes complémentaires, font l'objet de publications régulièrement mises à jour. Celles-ci sont diffusées dans les bureaux de la Régie, mais aussi dans les établissements offrant des services de santé et des services sociaux, notamment dans les CLSC. Des manuels, des communiqués et divers documents sont également expédiés aux professionnels de la santé.

DES SERVICES EN
CONSTANTE AMÉLIORATION

DE L'INFORMATION
SOUS DIVERSES FORMES

¹ Une synthèse du plan stratégique figure en annexe.

DES MOMENTS CLÉS

Le grand public a aussi accès à toute l'information sur les programmes et services offerts en consultant le site Internet de la Régie. Celui-ci est particulièrement utile pour les professionnels de la santé, qui ont l'assurance d'y trouver de la documentation constamment mise à jour. Conformément aux orientations gouvernementales sur l'inforoute, plusieurs formulaires sont disponibles sur le site.

La Régie est aussi présente dans les congrès des associations professionnelles, les salons des aînés ainsi que les salons organisés par les ministères et organismes dans le but de présenter leurs services. Ces événements lui permettent de bien informer le public en général ainsi que les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux.

Étant donné la portée de ses interventions, la Régie collabore souvent avec les médias intéressés à suivre l'actualité du domaine de la santé, une préoccupation partagée par l'ensemble des Québécoises et des Québécois. Elle diffuse ainsi une information d'intérêt public, tout en respectant les règles de confidentialité et de protection des renseignements personnels. Cette année, les sujets les plus couverts ont été la carte santé, l'assurance médicaments et les services assurés.

À l'écoute des personnes assurées et des professionnels de la santé

Engagée dans un processus d'amélioration continue, la Régie souhaite évidemment connaître la perception de sa clientèle à l'égard des services offerts. À cette fin, elle compile et analyse les plaintes reçues des personnes assurées et des professionnels de la santé afin d'en tirer les enseignements nécessaires.

DES RENCONTRES ENRICHISSANTES

Les groupes de discussion constituent pour leur part une occasion privilégiée de mesurer la satisfaction de la clientèle et de proposer des améliorations. Des groupes ont été formés notamment afin d'évaluer la clarté des lettres et autres écrits envoyés aux personnes assurées.

La Régie exerce aussi un suivi en direct des appels traités par les préposés aux renseignements, ce qui lui permet de s'assurer à la fois de la qualité des services fournis et de la satisfaction des personnes.

Enfin, mentionnons que la Régie a procédé, en 2001-2002, à plusieurs sondages auprès des personnes assurées et des professionnels de la santé dans le but d'améliorer les services qui leur sont offerts.

L'éthique, une préoccupation fondamentale

La Régie est particulièrement sensible aux exigences qu'impose la notion d'éthique. Durant l'année, elle a entrepris l'élaboration d'un plan d'action visant à sensibiliser tout son personnel à cette question ainsi qu'à favoriser son adhésion aux valeurs qui s'y rattachent.

À cet égard, la Régie fait siennes les valeurs éthiques promues par le gouvernement, soit la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect. Ces valeurs guident les employés quant à l'attitude à adopter dans la prestation de services aux citoyens.

Des recours en cas d'insatisfaction

En continuité avec les efforts déployés pour améliorer la qualité de ses services, la Régie offre différents recours en cas d'insatisfaction, et ce, tant pour les professionnels de la santé que pour le public en général.

Une personne assurée qui est insatisfaite peut demander à parler au supérieur de son interlocuteur ou demander la révision de son dossier, selon le cas. Elle peut aussi porter plainte auprès de la commissaire aux plaintes des personnes assurées. Enfin, elle peut s'adresser au Protecteur du citoyen.

De son côté, le professionnel de la santé peut porter plainte auprès du directeur des services à la clientèle professionnelle de même qu'auprès de l'association professionnelle dont il est membre.

Tous les recours possibles ainsi que la marche à suivre pour porter plainte sont présentés en annexe.

UNE ORGANISATION PLEINEMENT VOUÉE À SA MISSION

Le conseil d'administration de la Régie

UN CONSEIL
D'ADMINISTRATION
REPRÉSENTATIF

Différentes sphères de la société sont représentées au sein du conseil d'administration de la Régie. Les quinze membres qui le composent — précisons que trois postes sont actuellement vacants — sont nommés par le gouvernement du Québec. Le président-directeur général assume à la fois la présidence du conseil d'administration et la direction générale de la Régie. Le secrétaire général de la Régie est nommé d'office secrétaire de ce conseil.

Soucieux de faire en sorte que la population bénéficie de services de qualité, les membres du conseil d'administration assurent une gestion rigoureuse, participent activement à la définition des orientations de la Régie, proposent des améliorations et suivent l'évolution des projets d'envergure.

Compte tenu des relations qu'entretient la Régie tant avec la population et les professionnels de la santé qu'avec ses divers partenaires, le conseil d'administration se doit, dans ses actions et ses décisions, d'être fidèle aux valeurs ainsi qu'aux règles consignées dans son code d'éthique et de déontologie. Aucun manquement n'a d'ailleurs été constaté à cet égard au cours de l'année. Adopté le 13 octobre 1999, ce code est accessible au public, comme le prévoit la loi. Il figure en annexe du rapport.

LA PROTECTION DES ACQUIS
POUR LE BIEN-ÊTRE
DE LA POPULATION

Au cours des dix réunions tenues pendant l'année, les membres du conseil d'administration ont poursuivi leur réflexion sur les grands enjeux du système de santé. Leur attention s'est portée principalement sur le régime général d'assurance médicaments, dont il s'avère important non seulement d'assurer la viabilité, mais de protéger les acquis pour la population.

Ils ont également suivi l'évolution du projet Carte santé Québec, dont ils reconnaissent les multiples avantages tant pour la communauté que pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2003

GOUVERNEMENT



Pierre Roy
Président-directeur général



Alain Deroy
Vice-président



Pierre Gabrièle

MILIEU DES AFFAIRES*

MILIEU DU TRAVAIL



André-Gaëtan Comeau
Secrétaire



Pierre LaHaye



Marie-Andrée Comtois

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ



Renald Dutil



Yves Dugré



Claude Gagnon

CONSUMMATEURS*

CONSEILS D'ADMINISTRATION D'ÉTABLISSEMENTS

RÉGIES RÉGIONALES



Laurette Robillard



Michelle Doyon



Serge Forget

ORDRES PROFESSIONNELS DU DOMAINE DE LA SANTÉ*



Richard Lemieux

La structure organisationnelle

On distingue d'abord deux piliers organisationnels dans la structure de la Régie, soit la Direction générale des services aux personnes assurées et la Direction générale de la rémunération des professionnels, qui exercent des fonctions d'importance pour l'organisation, compte tenu des liens étroits qu'elles entretiennent avec les principales clientèles de la Régie.

DES SERVICES AUX PERSONNES ASSURÉES

La Direction générale des services aux personnes assurées (DGSPA) compte sur une équipe d'environ 510 employés. Elle est plus particulièrement chargée de la gestion et du contrôle de l'admissibilité aux régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. En raison de ses responsabilités, la DGSPA assume l'administration du plus important fichier existant sur la population québécoise. Il va sans dire qu'elle se fait un point d'honneur d'assurer la confidentialité des renseignements personnels qu'il contient.

Elle administre aussi de nombreux programmes complémentaires, liés notamment aux services accessibles hors du Québec ainsi qu'aux services de soutien offerts aux personnes handicapées. Elle a également la responsabilité des programmes liés à la contribution financière des adultes hébergés et des personnes prises en charge par des ressources intermédiaires, en plus de gérer l'exonération financière relative aux services d'aide domestique.

La qualité des services offerts aux personnes assurées constitue une préoccupation constante pour la DGSPA. Les préposés aux renseignements de son centre d'appels, de même que le personnel qui accueille les visiteurs dans les bureaux de la Régie à Québec et à Montréal, jouent à cet égard un rôle crucial. Par ailleurs, la DGSPA travaille de concert avec de nombreux collaborateurs dans le but d'offrir les meilleurs services aux personnes assurées.

Dans le respect de la protection des renseignements personnels, elle prend également part à des échanges de renseignements avec des organismes gouvernementaux et privés.

DES SERVICES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Grâce à ses 370 employés, la Direction générale de la rémunération des professionnels (DGRP) assure, quant à elle, tous les contacts nécessaires entre la Régie et les professionnels de la santé. Elle gère, notamment, leur admissibilité et assure leur rémunération, conformément aux lois, aux règlements et aux ententes conclues avec les différentes fédérations et associations qui les représentent. Elle a ainsi la responsabilité du fichier d'inscription des professionnels, qui lui permet d'administrer les données nécessaires à l'établissement de leur rétribution. En conséquence, elle doit constamment veiller à ce que ses systèmes informatiques et ses processus administratifs soient mis à jour en fonction des changements apportés aux ententes.

Ses employés consacrent beaucoup d'efforts à bien informer les professionnels de la santé, par écrit ou par téléphone, et font en sorte de faciliter le plus possible leurs transactions avec la Régie.

Le secteur pharmaceutique occupe une place importante dans les activités de la DGRP. Grâce à son centre de soutien téléphonique, cette dernière offre toute l'assistance nécessaire aux pharmaciens qui traitent en direct avec la Régie. De plus, elle gère les autorisations relatives aux patients et aux médicaments d'exception.

La DGRP peut compter sur une équipe de professionnels de la santé qui fournissent l'expertise médicale, dentaire, optométrique et pharmaceutique nécessaire aux divers secteurs de la Régie. Les vérifications qu'elle exerce sur la facturation et la consommation des services assurés lui procurent une vision d'ensemble de la prestation de services. Elle est appelée, en outre, à jouer un rôle conseil en ce qui a trait à l'évolution des régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments.

La Direction générale des services aux personnes assurées et la Direction générale de la rémunération des professionnels ne pourraient cependant remplir leurs fonctions avec autant d'efficacité sans le soutien des technologies de l'information.

La **Direction générale des systèmes et des technologies de l'information** (DGSTI), constituée de quelque 340 personnes, rend accessibles à l'ensemble des unités administratives les technologies permettant d'offrir des services de qualité aux diverses clientèles de la Régie. Son rôle est donc des plus important, compte tenu des nombreuses transactions réalisées quotidiennement par l'organisation. Aussi a-t-elle comme préoccupation première d'assurer la sécurité et l'intégrité des systèmes et des données.

L'expertise du personnel, conjuguée à des activités de veille technologique, permet à la DGSTI non seulement d'assurer une planification optimale, mais d'offrir des solutions à la fine pointe de la technologie et adaptées aux besoins des différents secteurs de la Régie. Elle est donc en mesure de proposer des orientations concrètes à la haute direction et de conseiller cette dernière sur les investissements à effectuer dans le domaine des technologies.

Enfin, compte tenu de la nature de ses activités, la DGSTI participe activement à la réalisation de plusieurs projets de développement technologique confiés à la Régie par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les différents acteurs du réseau.

Pour leur part, la Direction générale de l'administration et de la gestion de l'information de même que la Direction générale des affaires institutionnelles fournissent conseil et soutien au président-directeur général ainsi qu'à l'ensemble de l'organisation.

Composée d'environ 240 personnes, la **Direction générale de l'administration et de la gestion de l'information** (DGAGI) offre l'ensemble des services touchant les ressources humaines, financières, matérielles et immobilières, en plus de jouer un rôle conseil relativement à toutes ces questions. Elle fournit également une expertise en matière de communication, tant en ce qui concerne l'information à la clientèle que la communication interne.

La DGAGI est aussi responsable de la gestion du Fonds de l'assurance médicaments. Cette responsabilité implique de maintenir un système comptable assurant une juste représentation de la situation financière et des opérations de ce fonds dédié au financement du régime public d'assurance médicaments.

Comme son nom l'indique, la DGAGI compte parmi ses principales activités la gestion de l'information. Elle a pour tâche de développer, de promouvoir et de fournir une gamme de services mettant à profit les nombreuses données accumulées par l'organisation. Elle contribue ainsi à améliorer les domaines de la recherche et de la gestion des services de santé et des services sociaux. Il va sans dire que la DGAGI a

le souci constant d'assurer la protection des renseignements personnels et de demeurer proactive dans l'identification des besoins du réseau.

Enfin, la DGAGI réalise des activités de recouvrement qui permettent à la Régie de récupérer les sommes versées en trop. Elle contribue également à la définition des orientations en matière d'assurance maladie et d'assurance médicaments grâce aux travaux de ses économistes et de ses actuaires, qui ont la tâche d'évaluer les programmes administrés par la Régie.

UN SOUTIEN AUX ACTIVITÉS DE LA HAUTE DIRECTION

La **Direction générale des affaires institutionnelles (DGAI)**, composée de près de 60 personnes, est avant tout responsable du Secrétariat général, qui assure le soutien nécessaire au fonctionnement du conseil d'administration de la Régie et à l'exercice des pouvoirs que lui confère la loi. C'est en outre le Secrétariat qui assume la gestion, la conservation et la distribution de tous les documents officiels ainsi que le traitement des demandes d'information provenant du président ou du ministre.

La DGAI veille, de plus, à l'application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ainsi, elle évalue s'il est légitime au regard de la loi de transmettre les renseignements demandés et coordonne toutes les mesures prises par l'organisation en vue d'assurer la confidentialité de l'information. Par ailleurs, elle conseille la Régie sur toute question juridique, législative et réglementaire, faisant pour cela appel à l'expertise de ses avocats et de ses notaires.

En outre, elle effectue des analyses et des investigations en vue de signaler les situations problématiques quant à l'admissibilité des personnes, à la conformité des services rendus avec les honoraires réclamés ainsi qu'à l'authenticité des biens et des services payés. De même, la DGAI est appelée à réaliser des enquêtes en différentes matières de sa compétence.

Enfin, deux unités relèvent directement du président-directeur général : la Direction de la planification stratégique et de la vérification interne ainsi que la Commissaire aux plaintes des personnes assurées.

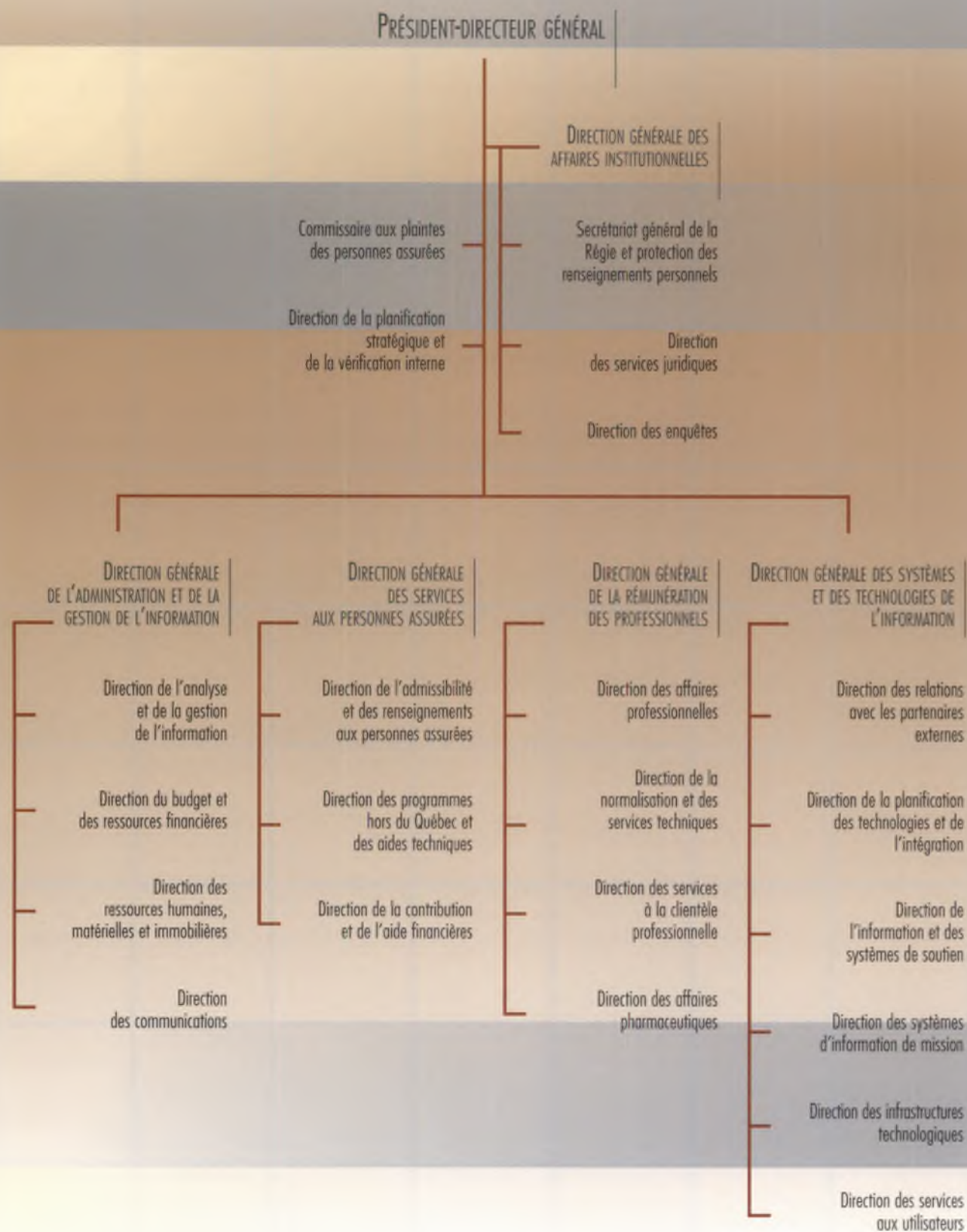
UN CADRE DE GESTION MODERNISÉ ET DE QUALITÉ

La **Direction de la planification stratégique et de la vérification interne**, comptant environ 20 personnes, soutient l'intégration des principes de la gestion axée sur les résultats dans l'organisation et veille plus particulièrement à la coordination de toutes les questions touchant la planification stratégique et la déclaration de services aux citoyens. Elle assure également la vérification interne des activités, des systèmes et des pratiques de gestion de la Régie et gère un programme d'assurance qualité portant sur les produits et services fournis par l'organisation, sur la gestion de ses données ainsi que sur celle des demandes de paiement et d'inscription.

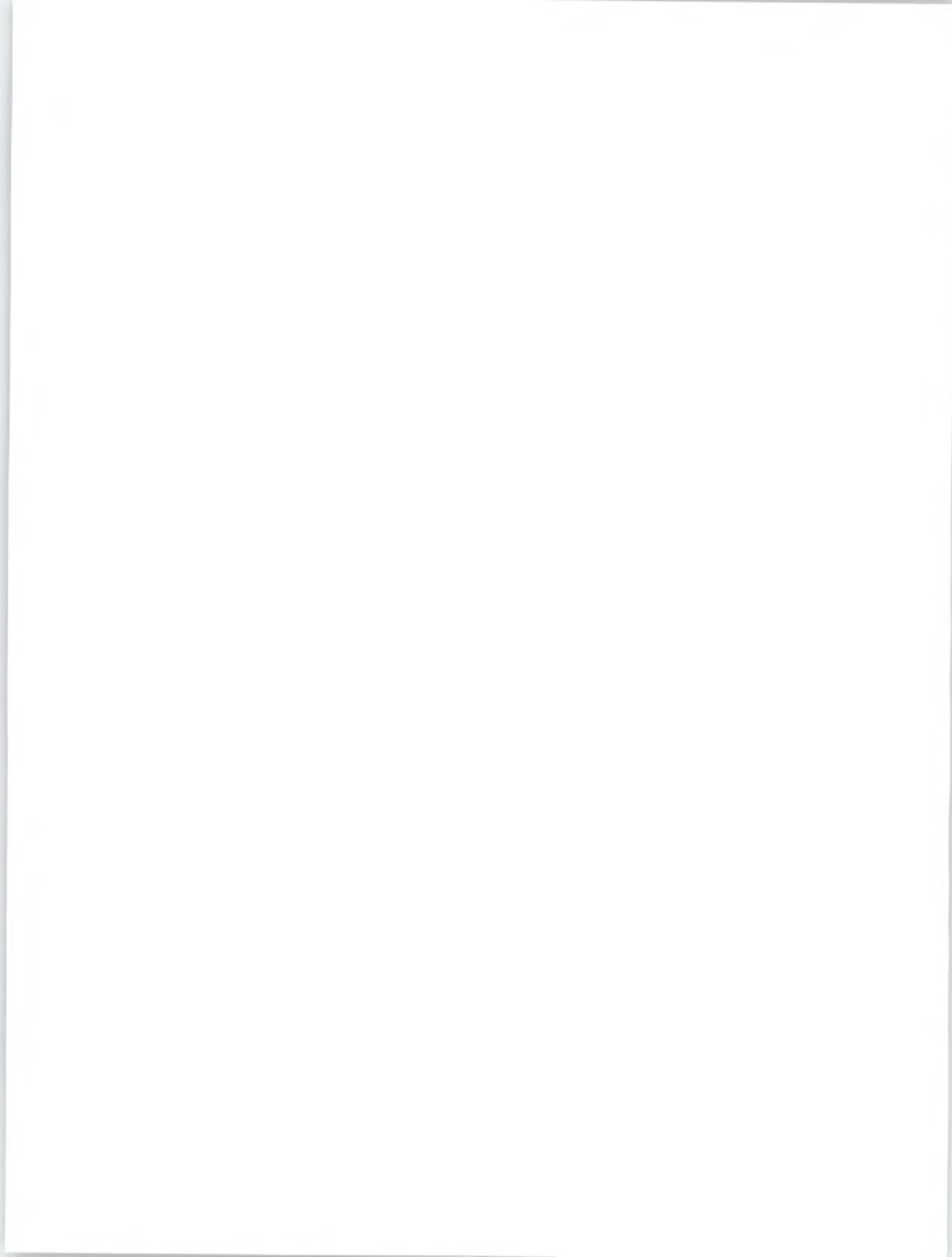
UN RECOURS ESSENTIEL POUR LES PERSONNES ASSURÉES

Pour sa part, le bureau de la **Commissaire aux plaintes des personnes assurées**, qui comprend trois personnes, défend les intérêts des personnes assurées devant l'administration de la Régie et voit à ce qu'elles obtiennent les services auxquels elles ont droit.

LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE



LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2002-2003

Une année marquante pour le régime public d'assurance médicaments

En juin 2002, l'Assemblée nationale adoptait un projet de loi visant à modifier le régime général d'assurance médicaments. En effet, dans le but de préserver l'acquis social que constitue le régime public, il s'est avéré nécessaire de revoir le financement de ce dernier, notamment la participation financière assumée par l'assuré.

DANS UN ESPRIT D'ÉQUITÉ

Par ailleurs, certains ajustements ont été apportés dans un souci d'équité, afin de tenir compte, entre autres, des renouvellements d'ordonnances avant échéance ou des achats anticipés de médicaments. La Régie, à titre d'administrateur du régime public, a déployé beaucoup d'énergie pour assurer la mise en œuvre harmonieuse de ces changements, tant auprès des pharmaciens que des personnes assurées.

En collaboration avec le ministère du Revenu du Québec, la Régie a également entrepris une opération visant à régulariser la situation des personnes dont les déclarations de revenus portent à croire qu'elles ont pu bénéficier à la fois d'un régime collectif privé et du régime public d'assurance médicaments.

En outre, elle prévoit réaliser une vaste campagne de sensibilisation dans le but de mieux informer les citoyens de leurs droits et de leurs obligations en matière d'assurance médicaments. Prévue pour l'année 2003, cette campagne vise également les assureurs privés et les employeurs.

La carte santé : un projet d'envergure

UN PROTOTYPE MAINTENANT CONNU DANS LE MILIEU

L'année 2002-2003 a été marquée par des travaux déterminants pour la poursuite du projet Carte santé Québec. Des efforts importants ont d'abord été faits par la Régie, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les différents partenaires en vue d'arrimer le projet de la carte santé et les projets d'informatisation du réseau. Ces efforts se sont concrétisés notamment sous la forme d'un prototype présenté publiquement lors d'un colloque sur les technologies de l'information organisé par l'Association des hôpitaux du Québec, ainsi qu'au congrès de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et à celui de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Ces présentations ont permis de faire valoir l'apport du projet et de ses composantes à l'édification d'outils informationnels pouvant soutenir l'organisation et la prestation de services.

UNE ANALYSE DES COÛTS ET BÉNÉFICES

En réponse à des questions soulevées pendant la commission parlementaire menée en 2002 à la suite du dépôt d'un avant-projet de loi, une analyse des coûts et bénéfices de la carte santé Québec a été confiée à une firme indépendante. Cette étude a pour objectif d'évaluer les avantages cliniques et administratifs de la carte santé, et ce, tant pour la population que pour les intervenants et les gestionnaires du réseau.

Des services revus et améliorés

DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE PLUS ACCESSIBLES

Il convient de souligner l'instauration de nombreuses mesures dans le cadre des ententes conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, en vue d'assurer une meilleure accessibilité des soins de première ligne sur l'ensemble du territoire du Québec. La Régie a contribué notamment à la mise en œuvre des groupes de médecine de famille (GMF) ainsi que d'autres mesures relatives à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables.

DE NOUVEAUX TARIFS

En octobre 2002, le conseil d'administration de la Régie approuvait une nouvelle liste d'aides auditives ainsi que de nouveaux tarifs pour l'attribution et la réparation des aides de suppléance à l'audition.

La Régie a également déterminé, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, de nouveaux tarifs pour les services hospitaliers rendus dans le cadre de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance hospitalisation. Les représentants des provinces et des territoires canadiens se sont ainsi entendus sur de nouveaux tarifs qui sont entrés en vigueur le 1^{er} août 2002, et sur des tarifs provisoires pour la période allant du 1^{er} avril à cette date. Ces travaux d'harmonisation sont d'une importance capitale pour le maintien de l'accès à des services dans le reste du pays.

UN PROGRAMME D'AIDE DOMESTIQUE MIEUX ADAPTÉ AUX BESOINS

Enfin, dans un souci d'efficacité et d'amélioration des services à la clientèle, la Régie a entrepris de revoir le fonctionnement du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les entreprises d'économie sociale. Un bilan du programme a été effectué et les besoins ont été mieux cernés. Les travaux en cours devraient permettre à la Régie de soumettre des recommandations au gouvernement en vue d'améliorer le programme.

À l'enseigne de la collaboration et du partenariat

UNE PARTICIPATION ACTIVE AU CENTRE D'EXPERTISE DES GRANDS ORGANISMES

Conjointement avec les autres grands organismes gouvernementaux dont la mission est intimement liée aux services directs offerts à la population, la Régie collabore activement aux travaux du Centre d'expertise des grands organismes¹, un lieu de définition et de partage des meilleures pratiques dans les domaines liés au service à la clientèle et à la gestion de la performance. Durant l'année, elle a notamment pris part à de nombreux échanges sur des problématiques communes.

En outre, elle a assumé le leadership de l'organisation d'un important colloque sur la gestion et l'évolution des centres d'appels en novembre 2002, pour le compte du Centre d'expertise. Près de 300 personnes provenant de 52 ministères et organismes gouvernementaux provinciaux et fédéraux, de même que de l'entreprise privée, ont partagé leur expérience ainsi que leur vision du devenir des centres d'appels dans le contexte de la modernisation de l'appareil gouvernemental.

UN SONDAGE SUR LA SATISFACTION DES USAGERS DES CENTRES HOSPITALIERS

En septembre 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à la Régie la gestion d'un sondage sur la satisfaction des usagers des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Dans le respect de la confidentialité, la Régie a constitué un échantillon représentatif d'usagers à partir des renseignements qu'elle détenait. Près de 35 000 personnes ont répondu à ce sondage, dont l'administration a été confiée à une firme privée à la suite d'un appel d'offres. Cette relation de partenariat avec le ministère constituait encore une fois une excellente occasion de mettre à profit l'important actif informationnel de la Régie.

¹ Outre la Régie de l'assurance maladie, les organismes membres du Centre d'expertise sont la Régie des rentes, la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Commission des normes du travail, la Société de l'assurance automobile et la Société de la faune et des parcs.

Un virage technologique réussi

Depuis quelques années, la Régie a accentué la mise en place de services en ligne dans le but de réduire les délais et d'alléger les formalités administratives. Adaptés aux besoins de la clientèle, ces services s'appuient sur des infrastructures sécurisées, capables de s'ajuster aux divers modes de télécommunication.

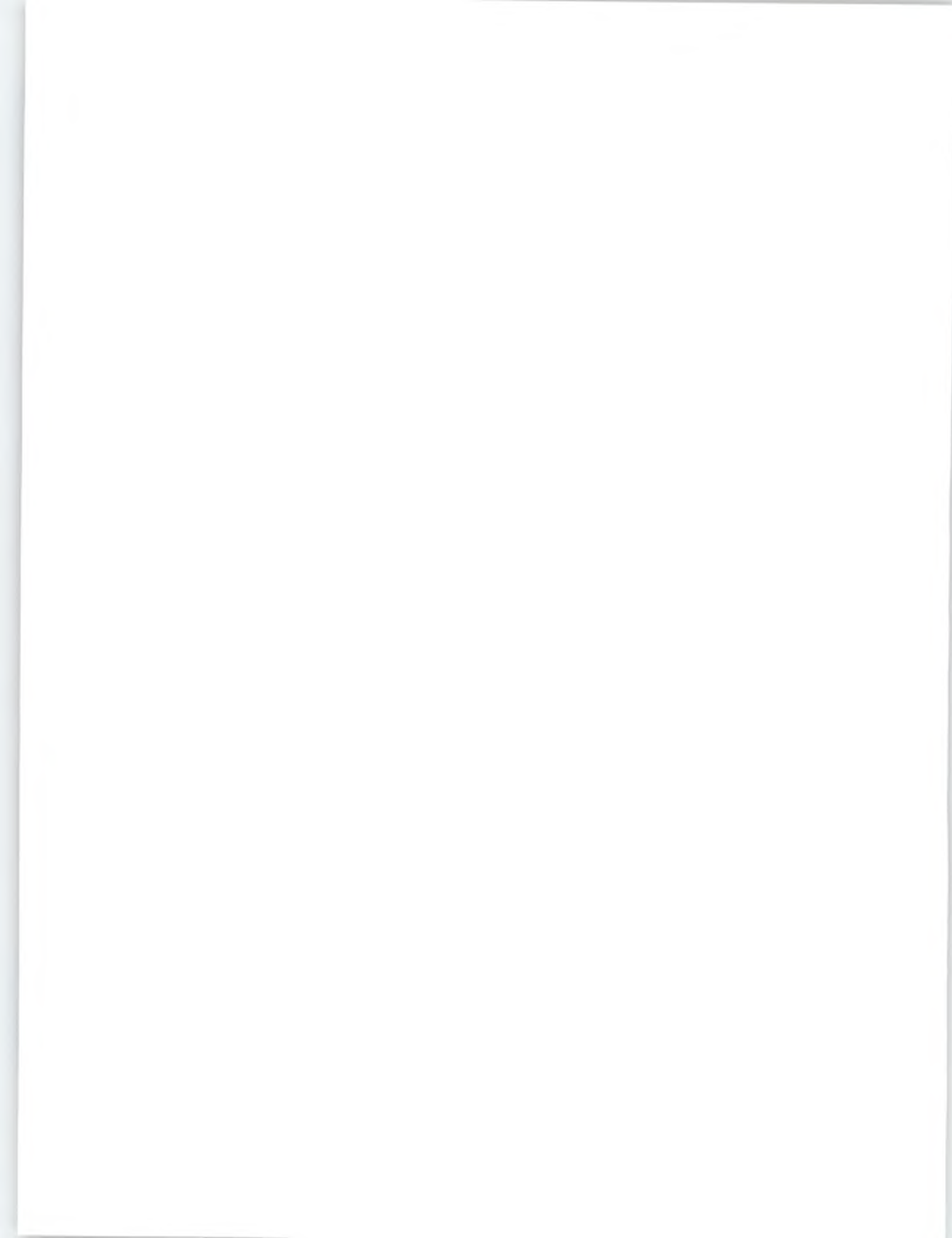
Durant l'année 2002-2003, la Régie a intensifié ses efforts de modernisation auprès des établissements et des professionnels de la santé. Ainsi, les établissements et les régies régionales ont dorénavant accès à un extranet² qui leur permet de transmettre ou de renouveler les avis de services précisant le statut des professionnels de la santé qui leur sont liés par contrat. Il en résulte un gain de temps considérable, en plus d'une réduction des erreurs de saisie.

Les professionnels de la santé ont également accès à cet extranet pour consulter les communiqués diffusés à leur intention et effectuer au besoin leurs changements d'adresse.

Dès la mise en place des premiers groupes de médecine de famille, les omnipraticiens ont eu accès à un formulaire en ligne permettant l'inscription des patients. Un autre formulaire permet également l'identification des médecins de famille pour la prise en charge des clientèles vulnérables.

² Un extranet est un site Web sécurisé auquel a accès uniquement une clientèle désignée.

*LES RÉSULTATS
DES ENGAGEMENTS DE LA RÉGIE*



AVANT-PROPOS

La déclaration de services aux citoyens ainsi que le plan stratégique demeurent les pierres angulaires de la reddition de comptes de la Régie.

Pour connaître la satisfaction des personnes assurées et des professionnels de la santé au regard des engagements et des objectifs énoncés dans ces deux documents, la Régie fait largement appel aux résultats de sondages menés, entre janvier et avril 2002, auprès de plus de 3 000 personnes assurées et de 1 600 professionnels de la santé.

Ces sondages ont été administrés par téléphone dans le cas des personnes assurées, et par questionnaire pour les professionnels de la santé. Ils présentent une marge d'erreur de $\pm 3,1\%$, avec un intervalle de confiance de 95 % (19 fois sur 20). À la suite de cette opération d'envergure, la Régie n'a pas mené de nouveaux sondages auprès de sa clientèle.

Les résultats doivent se lire comme suit :

0 = très insatisfait 3,33 = assez insatisfait 6,66 = assez satisfait 10 = très satisfait

Pour mesurer le degré d'atteinte de certains objectifs, la Régie utilise également les résultats d'un sondage qui a été réalisé auprès du personnel en novembre 2001, dans le but de mieux connaître le climat organisationnel. Les employés y avaient répondu dans une proportion de 80 %. Cette démarche avait permis notamment d'établir les priorités d'action au regard des objectifs de la planification stratégique.

Précisons que des modifications ont été apportées aux méthodes de calcul de certains indicateurs utilisés. Dans la mesure du possible, la Régie a maintenu la comparabilité des données avec les années antérieures, bien qu'elles puissent différer de celles présentées dans le *Rapport annuel de gestion 2001-2002*.

LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

La Régie s'est engagée à accueillir les personnes assurées et les professionnels de la santé avec courtoisie, à les servir dans le respect des règles de confidentialité et de protection des renseignements personnels et, enfin, à leur offrir des services accessibles, rapides et efficaces.

LA COURTOISIE

La Régie s'engage à accueillir les personnes assurées et les professionnels de la santé de façon courtoise. Ainsi, le préposé aux renseignements :

- se nomme lorsqu'il répond;
- prend le temps d'écouter la personne, lui consacre toute l'attention nécessaire et fait preuve de compréhension;
- s'assure que la personne a bien compris les réponses données et qu'elles répondent bien à ses questions.

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la courtoisie sont l'indice de satisfaction de la clientèle à l'égard de la courtoisie ainsi que le nombre de plaintes reçues par la Commissaire aux plaintes des personnes assurées et la Direction des services à la clientèle professionnelle.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS	
	2001-2002	2002-2003
Indice de satisfaction de la clientèle ¹ :		
■ personnes assurées	8,9/10	s. o.
■ professionnels de la santé	7,7/10	s. o.
Nombre de plaintes reçues :		
■ personnes assurées	20	23
■ professionnels de la santé ²	2	1

1 0 = très insatisfait 3,33 = assez insatisfait 6,66 = assez satisfait 10 = très satisfait

2 Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

Commentaires

Lors du sondage mené à l'hiver 2002, les personnes assurées et les professionnels de la santé ont exprimé leur satisfaction à l'égard de la courtoisie manifestée par les préposés. Les quelques plaintes reçues en 2002-2003 concernent principalement les services téléphoniques. Il convient cependant de noter que le nombre de plaintes est, somme toute, peu significatif si l'on considère que les préposés ont traité cette année 1,7 million de cas, tant par téléphone qu'en personne.

Précisons qu'une place importante est accordée à la courtoisie dans la formation donnée au personnel en contact direct et régulier avec le public, et plus particulièrement aux nouveaux employés. De plus, un suivi en direct des appels traités permet d'apprécier la courtoisie des préposés.

LE RESPECT DES RÈGLES DE CONFIDENTIALITÉ ET DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La Régie s'engage à répondre aux personnes assurées et aux professionnels de la santé en respectant les règles de confidentialité et de protection des renseignements personnels. Ainsi, ses employés :

- reçoivent les personnes dans un espace qui favorise les échanges sous le sceau de la confidentialité ;
- sont sensibilisés de façon continue aux règles de confidentialité à respecter ;
- s'assurent de l'identité des clients avant de leur transmettre des renseignements personnels les concernant ;
- consultent les banques de données seulement s'ils sont autorisés à le faire.

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels sont l'indice de satisfaction de la clientèle à cet égard ainsi que le nombre de plaintes reçues.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS	
	2001-2002	2002-2003
Indice de satisfaction de la clientèle :		
■ personnes assurées	8,7/10	s. o.
■ professionnels de la santé	7,9/10	s. o.
Nombre de plaintes reçues :		
■ personnes assurées	0	16
■ professionnels de la santé ¹	0	0

¹ Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

Commentaires

Les sondages effectués en 2001-2002 révèlent une grande satisfaction de la part des personnes assurées et des professionnels de la santé à l'égard de la protection des renseignements personnels. D'ailleurs, aucune plainte n'a été reçue durant cette période.

En 2002-2003, la Commissaire aux plaintes des personnes assurées a cependant reçu 16 plaintes, dont 10 portaient sur la pertinence des renseignements nominatifs figurant sur l'avis de renouvellement de la carte d'assurance maladie, principalement en ce qui concerne le numéro d'assurance sociale. Ces renseignements nominatifs sont cependant prévus par la réglementation actuelle.

Réaménagement des salles d'accueil aux bureaux de la Régie à Montréal

Les salles d'accueil des bureaux de la Régie à Montréal ont été réaménagées en 2001-2002. Les postes d'entrevue sont maintenant isolés les uns des autres et l'espace alloué à chacun a été considérablement augmenté. De plus, la salle d'attente est maintenant complètement isolée. Il est à noter que 85 % des visiteurs de la Régie sont reçus dans les bureaux de Montréal.

Formation et sensibilisation à la protection des renseignements personnels

Un effort particulier a été consacré à la sensibilisation du nouveau personnel aux enjeux et aux exigences de la protection des renseignements personnels. Ainsi, la présentation d'une vidéocassette, suivie d'une formation spéciale, font maintenant partie du programme d'accueil à la Régie, et tout nouvel employé est invité à signer un engagement à la confidentialité dès son entrée en fonction. Plus de 100 personnes ont participé à ce programme cette année. La Régie a aussi offert, en priorité au personnel en contact direct avec la clientèle, des séances de formation sur les enjeux de la protection des renseignements personnels.

Des activités s'adressaient également à l'ensemble du personnel. Une semaine de sensibilisation à la protection des renseignements personnels s'est déroulée en février 2003, remportant un franc succès. Près de 65 % du personnel a participé à cette activité. Durant toute l'année, les employés ont été particulièrement informés sur les virus informatiques, l'utilisation du réseau Internet, la gestion des droits d'accès et l'utilisation des ordinateurs portatifs.

Vérification de l'identité de la personne assurée

Dans un souci d'amélioration continue, le protocole lié aux services téléphoniques et d'accueil à l'usage des préposés aux renseignements est en cours de révision. Le mécanisme utilisé pour assurer le respect du protocole est le suivi en direct des appels traités.

Accès autorisé aux banques de données

La Régie a presque complété la refonte des profils d'accès à ses banques de données. Elle désire, en effet, s'assurer que chaque employé n'a accès qu'à l'information nécessaire à l'accomplissement de sa tâche.

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES AUX PERSONNES ASSURÉES

La Régie s'engage à garantir aux personnes assurées l'accessibilité de ses services :

- en mettant à leur disposition différents moyens d'accès et d'information (accueil à ses bureaux, téléphone, télécopieur, poste, Internet, expositions et salons) ;
- en offrant un accès gratuit aux services de renseignements téléphoniques (lignes sans frais, dont une pour les malentendants) ;
- en fournissant jour et nuit, en tout temps, de l'information au moyen du système téléphonique automatisé, avec la possibilité de parler à un préposé durant les heures d'ouverture des bureaux ;
- en offrant l'accès à des collaborateurs compétents (CLSC et points de service de la SAAQ) sur l'ensemble du territoire québécois, pour l'obtention de la carte d'assurance maladie.

Les personnes assurées utilisent massivement les différents moyens mis à leur disposition pour entrer en contact avec la Régie.

UTILISATION DES MOYENS D'ACCÈS	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Courrier reçu	2 122 800	2 345 700	2 509 400
Appels traités :			
■ par le système téléphonique automatisé (renseignements généraux)	354 600	409 200	482 400
■ par les préposés du centre d'appels des personnes assurées	1 291 400	1 330 300	1 311 000
Visites aux bureaux de la Régie	123 000	136 900	146 400
Consultations du site Internet (estimation) ¹	85 000	173 200	299 700
Courriels reçus	2 800	4 900	6 600

¹ Les données de 2000-2001 et 2001-2002 ont été modifiées à la suite de l'adoption d'une nouvelle méthode de calcul en 2002-2003.

Les indicateurs utilisés pour mesurer l'accessibilité des services aux personnes assurées se rapportent aux trois points suivants :

- la satisfaction de la clientèle ;
- les services téléphoniques du centre d'appels des personnes assurées ;
- les services offerts par les collaborateurs de la Régie.

LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la satisfaction de la clientèle quant à l'accessibilité des services sont l'indice de satisfaction à cet égard ainsi que le nombre de plaintes reçues.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS	
	2001-2002	2002-2003
Indice de satisfaction de la clientèle	7,6/10	s. o.
Nombre de plaintes reçues ¹	873	1 968

¹ Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

Commentaires

L'accessibilité des services constitue le motif le plus fréquemment évoqué parmi l'ensemble des plaintes reçues concernant les engagements énoncés dans la déclaration de services aux citoyens (1 968 plaintes sur un total de 2 029).

Précisons que la presque totalité des plaintes formulées en 2002-2003 en ce qui a trait à l'accessibilité des services concerne les services téléphoniques.

LES SERVICES TÉLÉPHONIQUES DU CENTRE D'APPELS DES PERSONNES ASSURÉES

La clientèle qui téléphone à la Régie est accueillie par le système téléphonique automatisé, duquel elle peut obtenir des renseignements généraux en tout temps. Toutefois, une personne peut parler à un préposé si elle le désire. Le système effectue alors un transfert d'appel et met la personne en attente ou l'invite à rappeler plus tard si aucune ligne ne se libère. Il arrive que la personne abandonne la communication avant d'avoir parlé à un préposé.

Quelques indicateurs permettent à la Régie de mesurer l'accessibilité du centre d'appels des personnes assurées :

- le *pourcentage de communications établies* rend compte de la facilité à entrer en communication avec la Régie par l'entremise du système automatisé durant les heures d'ouverture du centre d'appels;
- le *pourcentage de transferts d'appels réussis* ainsi que le *pourcentage d'abandon des appels en attente* témoignent du degré d'accessibilité des préposés.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS		
	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Pourcentage de communications établies	86 %	71 %	57 %
Pourcentage de transferts d'appels réussis	78 %	69 %	68 %
Pourcentage d'abandon des appels en attente	6 %	7 %	11 %

Commentaires

À l'instar d'autres centres d'appels gouvernementaux, le centre d'appels des personnes assurées connaît quelques difficultés depuis les deux dernières années. Ainsi, certaines personnes se heurtent à une ligne occupée, alors que d'autres ont du mal à obtenir une communication avec un préposé. L'année 2002-2003 a été particulièrement difficile, comme le montrent les résultats obtenus.

La hausse du nombre d'appels ainsi qu'un taux élevé de roulement du personnel expliquent en grande partie cette situation. La Régie a toutefois entrepris diverses actions afin d'améliorer l'accessibilité du centre d'appels des personnes assurées.

Mesures prises en 2001-2002 et poursuivies en 2002-2003 :

- *la consolidation des systèmes informatiques* afin d'offrir aux préposés un accès plus rapide aux renseignements requis dans l'exercice de leurs fonctions, notamment à ceux contenus dans le fichier d'inscription des personnes assurées;
- *le rappel des clients en dehors des heures d'ouverture des bureaux.*

Mesures prises en 2002-2003 :

- *la réalisation d'un plan d'amélioration.* Ce plan comprend notamment des mesures assurant le suivi de la performance et de la qualité des services téléphoniques du centre d'appels ainsi qu'une formation destinée aux chefs d'équipe. Le développement d'un système d'expédition automatisé de télécopies est également prévu pour libérer les préposés de cette tâche auparavant effectuée manuellement, de même que la participation des préposés du bureau de Montréal à la prise d'appels;
- *la création de 38 nouveaux postes de préposé au centre d'appels.* Cette mesure, adoptée à la fin du présent exercice, sera mise en œuvre durant l'année 2003-2004.

En plus de l'amélioration du centre d'appels des personnes assurées, la Régie a poursuivi la mise au point d'un nouveau système téléphonique implanté à la fin de l'année 2001. Ainsi, tout au long de l'année 2002-2003, des ajustements ont été apportés à ce système qui vise à mieux servir la clientèle des programmes de contribution financière des adultes hébergés et des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire ainsi que la clientèle du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.

LES SERVICES OFFERTS PAR LES COLLABORATEURS DE LA RÉGIE

Des collaborateurs compétents sont chargés de recevoir les personnes assurées et de leur offrir le service d'authentification nécessaire à l'obtention et au renouvellement de la carte d'assurance maladie.

Une personne qui est titulaire d'un permis de conduire peut se présenter à un bureau de la SAAQ ou chez un de ses mandataires pour renouveler en même temps son permis et sa carte d'assurance maladie. Outre le service d'authentification, elle peut compter sur un service de prise de photo.

La personne peut également se présenter dans un des nombreux CLSC du Québec. Cependant, ces derniers n'offrent, pour la plupart, que le service d'authentification.

La Régie compte sur des collaborateurs compétents, répartis sur tout le territoire du Québec, pour assurer la délivrance de la carte d'assurance maladie.

RÉPARTITION DES COLLABORATEURS DE LA RÉGIE			
EN FONCTION DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC			
Bas-Saint-Laurent	35	Nord-du-Québec	9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	20	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	28
Québec	42	Chaudière-Appalaches	37
Mauricie-Centre-du-Québec	37	Laval	14
Estrie	30	Lanaudière	23
Montréal-Centre	69	Laurentides	28
Ottawa	34	Montérégie	75
Abitibi-Témiscamingue	24	Nunavik	14
Côte-Nord	41	Terres-Cries-de-la-Baie-James	10
Total			570

L'indice de satisfaction de la clientèle à l'égard des services d'accueil des collaborateurs tient lieu d'indicateur.

INDICATEUR	RÉSULTATS 2001-2002
Indice de satisfaction de la clientèle à l'égard :	
■ des CLSC	8,8 / 10
■ de la SAAQ	8,8 / 10
■ des mandataires de la SAAQ	9,0 / 10

Commentaires

L'indice de satisfaction démontre clairement la satisfaction des personnes assurées quant aux services reçus des collaborateurs de la Régie.

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La Régie s'engage à garantir l'accessibilité de ses services aux professionnels de la santé :

- en mettant à leur disposition différents moyens d'accès et d'information (accueil à ses bureaux, téléphone, télécopieur, poste, Internet, expositions et salons) ;
- en garantissant un accès gratuit aux services de renseignements téléphoniques (lignes sans frais) ;
- en offrant jour et nuit, en tout temps, de l'information pertinente au moyen du système téléphonique automatisé, avec la possibilité de parler à un préposé durant les heures d'ouverture des bureaux ;
- en mettant constamment à jour, dans son site Internet, l'information les concernant (manuels de facturation, communiqués, etc.).

UTILISATION DES MOYENS D'ACCÈS (professionnels de la santé)	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Nombre d'appels traités par le système automatisé (Info-Prof)	8 000	6 600	5 600
Appels traités par les préposés :			
■ au centre d'assistance aux professionnels	75 500	66 200	70 600
■ au centre de support aux pharmaciens	105 100	127 600	154 900
Visites aux bureaux de la Régie	880	890 ¹	750
Consultations du site Internet (estimation) ²	59 800	71 300	89 500
Courriels reçus	n. d.	1 200	1 200

1 La donnée de 2001-2002 a été redressée, plus spécialement en ce qui a trait au nombre de visites au bureau de Québec.

2 Les données de 2000-2001 et de 2001-2002 ont été modifiées à la suite de l'adoption d'une nouvelle méthode de calcul en 2002-2003.

Les professionnels de la santé disposent de plusieurs moyens pour entrer en contact avec la Régie. Il est bon de noter que des efforts importants ont été consentis pour bonifier l'information offerte sur le site Internet et assurer sa mise à jour de façon continue. Le nombre de visites de la section du site dédiée aux professionnels de la santé a d'ailleurs augmenté. La Régie mise de plus en plus sur le développement de la prestation de services électroniques pour améliorer et accroître l'accessibilité des services à la clientèle.

Les indicateurs utilisés pour mesurer l'accessibilité des services aux professionnels de la santé se rapportent aux deux points suivants :

- la satisfaction de la clientèle ;
- les services téléphoniques du centre d'assistance aux professionnels et du centre de support aux pharmaciens.

LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la satisfaction de la clientèle quant à l'accessibilité des services sont l'indice de satisfaction à cet égard ainsi que le nombre de plaintes reçues.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS	
	2001-2002	2002-2003
Indice de satisfaction de la clientèle	6,6/10	s. o.
Nombre de plaintes reçues ¹	4	13

¹ Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

Commentaires

Au cours de l'année 2002-2003, treize plaintes ont été formulées par les professionnels de la santé concernant l'accessibilité. Toutes ces plaintes sont liées à un seul événement, soit une panne du système de communication interactive avec les pharmaciens qui a entraîné une augmentation substantielle du nombre d'appels au centre de support.

Lors du sondage de 2001-2002, les professionnels de la santé se sont montrés tout de même assez satisfaits de l'accessibilité des services.

LES SERVICES TÉLÉPHONIQUES

La Régie dispose de deux centres d'appels pour répondre aux besoins des professionnels de la santé : le centre de support aux pharmaciens et le centre d'assistance aux professionnels.

Le centre de support aux pharmaciens offre une assistance aux pharmaciens qui traitent en direct avec la Régie dans le cadre du régime public d'assurance médicaments. Puisque ces transactions se font en direct, le centre de support offre une assistance téléphonique sept jours sur sept, de 8 h à 22 h en semaine, et de 8 h 30 à 19 h les fins de semaine.

Le centre d'assistance aux professionnels est utilisé tant par les professionnels de la santé que par leur personnel administratif et les agences de facturation. Il donne de l'information en lien avec la facturation et l'interprétation des ententes de rémunération conclues avec les fédérations et les associations de professionnels de la santé. Le centre est ouvert durant les heures normales d'ouverture des bureaux, son accessibilité n'ayant pas à être aussi grande que celle du centre de support aux pharmaciens, puisque la facturation des services ne se fait pas en direct.

Quelques indicateurs sont utilisés pour rendre compte de l'accessibilité des services téléphoniques :

- le *pourcentage de communications établies* rend compte de la facilité à entrer en communication avec la Régie durant les heures d'ouverture des centres d'appels ;
- le *pourcentage de transferts d'appels réussis* et le *pourcentage d'abandon des appels en attente* font état du degré d'accessibilité des préposés.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS		
	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Centre d'assistance aux professionnels :			
■ pourcentage de communications établies ¹	n. d.	n. d.	100 %
■ pourcentage de transferts d'appels réussis	72 %	76 %	98 %
■ pourcentage d'abandon des appels en attente	22 %	22 %	15 %
Centre de support aux pharmaciens :			
■ pourcentage de communications établies	9 %	98 %	99 %
■ pourcentage d'abandon des appels en attente	1 %	1 %	2 %

¹ À la suite d'un changement relatif à la méthode de calcul, les données de 2000-2001 et de 2001-2002 ne sont plus disponibles.

Commentaires

La performance du centre de support aux pharmaciens est plus que satisfaisante. Aussi, depuis les deux dernières années, l'accessibilité des services téléphoniques du centre d'assistance aux professionnels s'est grandement améliorée. Des mesures ont été prises afin d'accroître la performance du service à cet égard. Celles-ci sont présentées à la section portant sur l'engagement relatif à la rapidité et à l'efficacité des services aux professionnels de la santé.

LA RAPIDITÉ ET L'EFFICACITÉ DES SERVICES AUX PERSONNES ASSURÉES

Afin d'offrir des services rapides et efficaces, la Régie s'est engagée :

- à traiter une demande dès la première conversation de la personne avec un membre du personnel;
- à accueillir les visiteurs à ses bureaux de Montréal et de Québec dans un délai moyen de 15 minutes;
- à assurer un délai moyen d'attente de 90 secondes pour parler à un préposé du centre d'appels;
- à expédier la carte d'assurance maladie dans un délai n'excédant pas 30 jours;
- à effectuer l'inscription au régime public d'assurance médicaments dans un délai maximum de 24 heures (en fonction des jours ouvrables);
- à effectuer un changement d'adresse sur un simple appel téléphonique;
- à répondre à une demande d'autorisation relative à un patient ou à un médicament d'exception dans un délai maximum de 48 heures à compter de la réception de cette demande à la Régie.

Les indicateurs utilisés pour rendre compte des engagements de la Régie en matière de rapidité et d'efficacité des services offerts aux personnes assurées sont les délais moyens d'attente liés à l'accueil, aux services téléphoniques, à l'expédition de la carte d'assurance maladie et au traitement des demandes d'autorisation relatives à des patients ou à des médicaments d'exception. Le délai maximal d'inscription au régime public d'assurance médicaments, l'indice de satisfaction de la clientèle ainsi que le nombre de plaintes reçues figurent aussi parmi les indicateurs retenus.

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS ANNUELS		
		2000-2001	2001-2002	2002-2003
Accueil des visiteurs — délai moyen d'attente ¹	15 min	11 min	22 min	14 min
Appels téléphoniques — délai moyen d'attente pour parler à un préposé	90 s	95 s	114 s	201 s
Expédition de la carte d'assurance maladie — délai moyen ²	< 30 j	15 j	15 j	15 j
Inscription au régime public d'assurance médicaments — délai maximal ³	24 h	n. d.	< 24 h	< 24 h
Demandes d'autorisation relatives à un patient ou à un médicament d'exception ⁴ — délai moyen ²	2 j	2,7 j	4 j	5 j
Indice de satisfaction de la clientèle	s. o.	s. o.	8,3/10	s. o.
Nombre de plaintes reçues ⁵	s. o.	n. d.	16	22

1 Les données de 2000-2001 et 2001-2002 ont été modifiées à la suite de l'adoption d'une nouvelle méthode de calcul en 2002-2003.

2 L'engagement de la Régie porte sur le délai maximal. Comme cette donnée n'est pas disponible, le délai moyen est retenu comme indicateur de résultat.

3 L'inscription au régime public d'assurance médicaments est complétée au cours de la nuit suivant l'appel téléphonique à ce sujet. Comme le système informatique soutenant les inscriptions n'a pas connu de défaillance en cours d'année, la cible de 24 heures a été atteinte à 100%.

4 Les médicaments d'exception sont inscrits dans la liste des médicaments assurés, mais ils ne sont assurables que dans des conditions particulières, leur couverture étant limitée par le régime d'assurance médicaments. Les patients d'exception sont des personnes dont la situation particulière fait en sorte qu'elles ont droit à la couverture de médicaments non inscrits sur la liste.

5 Le suivi des plaintes porte sur le traitement des demandes relatives aux patients et aux médicaments d'exception.

Commentaires

Accueil des visiteurs

Des mesures ont été prises afin d'améliorer la qualité des services d'accueil au bureau de Montréal de même que le temps d'attente. Entre autres, des personnes ont été embauchées pour aider à répondre à la demande en période de pointe. De plus, la bonification des critères d'embauche ainsi qu'une meilleure formation des préposés aux renseignements ont permis d'améliorer la qualité du service, et plus particulièrement le temps d'attente. En effet, celui-ci est passé de 22 minutes en 2001-2002 à 14 minutes en 2002-2003.

Services téléphoniques

Le centre d'appels des personnes assurées a connu quelques difficultés depuis les deux dernières années. Cette situation a eu un impact direct sur le délai moyen de réponse, qui est passé à 201 secondes en 2002-2003. Des renseignements plus détaillés concernant les services téléphoniques sont présentés à la section portant sur l'accessibilité des services aux personnes assurées.

Délivrance de la carte d'assurance maladie et inscription au régime d'assurance médicaments

En 2002-2003, la Régie a délivré 2,1 millions de cartes d'assurance maladie dans un délai moyen de 15 jours. Quant à l'inscription au régime public d'assurance médicaments, elle est complétée en moins de 24 heures dans tous les cas.

Traitement des demandes d'autorisation relatives à des patients ou à des médicaments d'exception

La Régie s'est engagée à traiter, dans un délai de 2 jours, les demandes d'autorisation relatives à des patients ou à des médicaments d'exception. Cependant, en raison d'une augmentation de 34 % des demandes au cours des deux dernières années, le délai de traitement a été plus long à certaines périodes de pointe. La Régie a mis en œuvre un ensemble de mesures visant à corriger la situation, et les résultats se révèlent très positifs. En effet, depuis janvier 2003, le délai de 2 jours est respecté. Il est à noter que dans le cas particulier des médicaments devant être fournis d'urgence, la Régie traite les demandes en moins de 24 heures dans plus de 95 % des cas.

L'augmentation du délai de traitement des demandes a eu une incidence certaine sur le nombre de plaintes concernant l'efficacité et la rapidité du traitement des demandes relatives à un patient ou à un médicament d'exception : 22 plaintes ont en effet été reçues cette année, comparativement à 16 en 2001-2002.

LA RAPIDITÉ ET L'EFFICACITÉ DES SERVICES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La Régie s'est engagée à offrir des services rapides et efficaces. Plus précisément, elle entend :

- traiter une demande dès la première conversation de la personne avec un membre du personnel ;
- accueillir les visiteurs à ses bureaux de Montréal et de Québec dans un délai moyen de 15 minutes ;
- veiller à ce que le délai moyen d'attente du centre d'assistance aux professionnels soit de 120 secondes ;
- assurer un délai moyen d'attente de 10 secondes au centre de support aux pharmaciens.

Les indicateurs utilisés pour mesurer la rapidité et l'efficacité des services aux professionnels de la santé sont les délais d'attente liés à l'accueil ainsi qu'aux services téléphoniques du centre d'assistance aux professionnels et du centre de support aux pharmaciens. L'indice de satisfaction de la clientèle ainsi que le nombre de plaintes reçues ont également été retenus.

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS ANNUELS		
		2000-2001	2001-2002	2002-2003
Accueil des visiteurs — délai moyen d'attente ¹	15 min	n. d.	< 15 min	1 min
Appels téléphoniques — délai moyen d'attente :				
■ au centre d'assistance aux professionnels	120 s	204 s	220 s	127 s
■ au centre de support aux pharmaciens	10 s	8 s	11 s	12 s
Indice de satisfaction de la clientèle :				
■ pharmaciens	s. o.	s. o.	7,5/10	s. o.
■ médecins	s. o.	s. o.	6,1/10	s. o.
■ autres professionnels	s. o.	s. o.	5,4/10	s. o.
Nombre de plaintes reçues ²	s. o.	n. d.	2	0

¹ Aucun mécanisme de mesure n'existait en 2000-2001. En 2001-2002, le délai moyen d'attente n'a pas pu être mesuré. Toutefois, le délai d'attente maximal n'ayant jamais dépassé 15 minutes, la Régie peut conclure que son objectif est atteint.

² Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

Commentaires

Traitement d'une demande dès la première conversation avec le client

Tous les efforts sont faits pour doter les préposés au service à la clientèle des outils requis pour répondre aux besoins du client dès le premier contact. Compte tenu de l'évolution continue et de la complexité sans cesse grandissante des ententes conclues entre les professionnels et le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'atteinte de cet engagement exige que des efforts importants soient fournis par les préposés pour maintenir à jour leurs connaissances et que des ajustements constants soient apportés à leurs outils de travail.

Accueil des visiteurs

En 2002-2003, 750 visiteurs se sont présentés aux bureaux de la Régie à Montréal et à Québec. Ils ont été reçus dans un délai moyen de 1 minute, ce qui est largement inférieur à l'engagement pris par la Régie, qui est de répondre dans un délai moyen de 15 minutes.

Services téléphoniques

Étant donné le résultat insatisfaisant obtenu en 2001-2002 en ce qui a trait au délai moyen d'attente pour parler à un préposé du centre d'assistance aux professionnels, plusieurs mesures ont été mises en œuvre en 2002-2003 pour corriger la situation : réorganisation administrative, formation des employés, bonification des outils et de l'information mis à la disposition des préposés, fusion des centres d'appels de Montréal et de Québec. Ces actions ont permis d'améliorer de façon importante le délai moyen en le ramenant à 127 secondes pour l'ensemble de l'année, ce qui représente une réduction de près de 42 %.

Au centre de support aux pharmaciens, le délai d'attente a augmenté légèrement; l'accroissement de 21 % du volume d'appels traités y a sans doute contribué. Par ailleurs, l'entrée en vigueur de nouvelles mesures en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, le 1^{er} décembre 2002, a généré une augmentation de 42 % du nombre d'appels par rapport au même mois de l'année précédente, ce qui a eu un impact important sur le délai d'attente.

Satisfaction de la clientèle

Les professionnels de la santé ont témoigné d'une satisfaction modérée à l'égard de la rapidité et de l'efficacité des services reçus. Les pharmaciens, avec un indice de 7,5 sur 10, se sont déclarés les plus satisfaits; suivent les médecins (6,1 sur 10) et les autres professionnels (5,4 sur 10). Toutefois, aucune plainte n'a été reçue concernant l'efficacité et la rapidité des services offerts aux professionnels de la santé.

LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

I LE CONTEXTE

Au cours de l'exercice 2000-2001, la Régie s'est dotée d'un plan stratégique triennal, qui constitue un important engagement d'amélioration des services envers sa clientèle. Ses choix d'intervention tiennent compte non seulement du contexte dans lequel elle évolue, mais aussi de ses capacités organisationnelles.

UN CONTEXTE EN ÉVOLUTION

La Régie fait face à l'effet conjugué du vieillissement rapide de la population, de la progression de la science et de la pharmacologie ainsi que de l'explosion des technologies biomédicales et des technologies de l'information. Cette tendance se fera encore davantage sentir durant les prochaines années. L'intégration des principes liés à la gestion axée sur les résultats est déterminante quant à la capacité de la Régie à s'adapter à ce nouveau contexte.

LE POTENTIEL DE LA RÉGIE

Pour faire face aux défis qui l'attendent, la Régie peut cependant compter sur un personnel compétent, sur son approche client, son savoir-faire en matière de gestion de régimes d'assurance santé ainsi que sa capacité à gérer des projets d'envergure en ayant recours à des technologies de pointe. Son actif informationnel présente un intérêt certain pour les secteurs de la santé et des services sociaux. De plus, la protection des renseignements personnels figure au nombre des priorités de l'organisation.

DES ORIENTATIONS CIBLÉES

La réflexion amorcée à partir de ces différents constats lors du dernier exercice de planification stratégique a permis à la Régie d'établir quatre orientations majeures à privilégier au cours de la période allant de 2001 à 2004 :

- mettre la satisfaction de la clientèle au centre des préoccupations de la Régie;
- favoriser les échanges d'information sécurisés et assurer l'accès à l'information dans le respect des règles de protection des renseignements personnels;
- valoriser la contribution de la Régie dans le secteur de la santé et des services sociaux en s'appuyant sur ses compétences distinctives et complémentaires;
- moderniser le cadre de gestion de la Régie pour soutenir l'amélioration des services aux citoyens, en comptant sur les technologies de l'information ainsi que sur un milieu de travail mobilisateur, ouvert aux aspirations du personnel et offrant des défis.

Dans le but de mieux centrer ses efforts et d'orienter adéquatement ses actions, la Régie s'est fixé des objectifs et des cibles précises à atteindre. C'est avec l'aide de ces repères que la clientèle peut apprécier en toute connaissance de cause les résultats atteints par l'organisation.

I LES RÉSULTATS

METTRE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS DE LA RÉGIE

OBJECTIF : D'ici 2004, augmenter d'au moins 5 % le taux général de satisfaction de la clientèle.

L'indice global de satisfaction de la clientèle est l'indicateur utilisé pour mesurer l'atteinte de cet objectif.

INDICATEUR	RÉSULTATS
	2001-2002
Indice global de satisfaction de la clientèle ¹ :	
■ personnes assurées	8,5 / 10
■ professionnels de la santé	6,7 / 10
¹ 0 = très insatisfait 3,33 = assez insatisfait 6,66 = assez satisfait 10 = très satisfait	

Commentaires

Les résultats obtenus lors des sondages réalisés en 2001-2002 sont très positifs. Néanmoins, la Régie a tiré profit des renseignements privilégiés obtenus à cette occasion pour déterminer des pistes d'amélioration. De fait, elle a mis en place des mesures destinées à améliorer certains aspects des services offerts tant aux personnes assurées qu'aux professionnels de la santé, notamment en ce qui concerne la qualité de l'information transmise par écrit et par téléphone.

Les communications écrites

La Régie a entrepris au cours de l'année la révision progressive de l'ensemble de sa correspondance afin d'en diminuer considérablement la complexité et de faciliter, par le fait même, la communication avec sa clientèle.

Un inventaire des communications écrites destinées aux personnes assurées a ainsi été réalisé en 2002-2003, après quoi la révision de ces documents a été amorcée. Dans cette opération d'envergure qui se poursuivra jusqu'en 2004-2005, la Régie juge primordial que la révision de ses communications réponde aux besoins et attentes de sa clientèle. Pour s'en assurer, elle valide en général les documents modifiés auprès de groupes cibles.

La révision des communications écrites destinées aux professionnels de la santé a aussi débuté en 2002-2003. Un effort particulier est consacré à l'amélioration de la qualité et de la structure de l'information offerte sur Internet, à laquelle se réfère l'ensemble de cette clientèle pour ses transactions avec la Régie.

Les services téléphoniques

En ce qui a trait au centre d'appels offrant des services à l'ensemble des citoyens, d'importants efforts ont été faits afin de résoudre les problèmes éprouvés en 2002-2003 et de réduire les écarts entre les délais observés et ceux établis dans la déclaration de services aux citoyens. C'est ainsi qu'on a mis de l'avant un plan d'amélioration des services aux personnes assurées comprenant plusieurs mesures visant à réduire le temps de traitement des demandes dont, entre autres, un suivi serré de la productivité, un programme d'assurance qualité, la formation des chefs d'équipe ainsi que la modernisation du principal outil informatique utilisé par les préposés, à savoir le fichier d'inscription des personnes assurées. Par ailleurs, la Régie a profité de sa participation aux travaux du Centre d'expertise des grands organismes pour relever les meilleures pratiques en matière de gestion des centres d'appels et en tirer parti, entre autres en ce qui concerne les systèmes de réponse vocale et la gestion des courriels.

Depuis 2001-2002, la Régie offre un soutien particulier aux préposés du centre d'appels des professionnels, en améliorant leurs outils de référence, en favorisant davantage la formation continue de même qu'en accentuant le suivi en direct de la qualité de l'intervention des préposés.

La section sur les engagements de la déclaration de services aux citoyens apporte plus de précisions sur les résultats des centres d'appels.

OBJECTIF: D'ici 2004, améliorer de 10 % des délais de prise en charge de services à la clientèle en relation avec la déclaration de services aux citoyens publiée en avril 2001.

La Régie s'est donné pour objectif d'améliorer de 10 % le délai de prestation de certains services destinés à la clientèle, plus particulièrement ceux liés à la déclaration de services aux citoyens. La Régie en a ciblé deux pour lesquels les délais doivent être améliorés, soit le paiement des appareils fournis aux stomisés permanents et les services téléphoniques du centre d'assistance aux professionnels.

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS ANNUELS	
	2004	2001-2002	2002-2003
Délai de paiement des appareils fournis aux stomisés permanents	30 j	34 j	35 j
Délai de réponse au centre d'assistance aux professionnels	108 s	220 s	127 s

Commentaires

Délai de paiement des appareils fournis aux stomisés permanents

La Régie est confiante de pouvoir améliorer le délai de paiement des appareils fournis aux stomisés permanents de 12 %, pour le faire passer de 34 jours en 2001-2002 à 30 jours en 2003-2004, pour autant que toutes les informations requises soient présentes sur le formulaire de facturation. Pour y parvenir, elle compte bonifier le processus de traitement des dossiers. En 2002-2003, 12 000 demandes de paiement, totalisant plus de 6 millions de dollars, ont été reçues dans le cadre de ce programme.

Délai de réponse au centre d'assistance aux professionnels

Dans sa déclaration de services aux citoyens, la Régie s'est engagée à veiller à ce que le délai moyen d'attente à son centre d'appels dédié aux professionnels de la santé soit de 120 secondes. Dans un souci d'amélioration continue des services à la clientèle, elle s'est donné comme nouvel objectif de réduire ce délai de 10 % pour le ramener à 108 secondes. Rappelons qu'en 2001-2002, le délai moyen avait été de 220 secondes, ce qui avait entraîné la mise en place de mesures de redressement pour améliorer et uniformiser les façons de faire, ainsi que pour former adéquatement du nouveau personnel à la suite du départ à la retraite d'un personnel expérimenté. Au cours du dernier semestre de 2002-2003, le délai moyen a été de 102 secondes, ce qui démontre l'efficacité des mesures mises en place.

OBJECTIF : Améliorer la qualité des services offerts par les collaborateurs de la RAMQ, sur l'ensemble du territoire, pour l'obtention de la carte d'assurance maladie.

Les CLSC, la SAAQ et les mandataires de cette dernière sont chargés d'offrir les services nécessaires à l'obtention et au renouvellement de la carte d'assurance maladie, et ce, sur l'ensemble du territoire québécois¹.

L'indicateur utilisé pour mesurer la qualité de leurs services est l'indice de satisfaction de la clientèle à l'égard des services d'accueil fournis.

INDICATEUR	RÉSULTATS
	2001-2002
Indice de satisfaction de la clientèle à l'égard :	
■ des CLSC	8,8/10
■ de la SAAQ	8,8/10
■ des mandataires de la SAAQ	9,0/10

Commentaires

La satisfaction de la clientèle à l'égard des services d'accueil des collaborateurs de la Régie est évidente. Dans un souci d'amélioration, la Régie a néanmoins révisé son processus de mise à jour des adresses des CLSC et des bureaux de la SAAQ afin que les personnes assurées aient accès à une information à jour. En outre, elle travaille de concert avec ses partenaires dans le but de rehausser la qualité des services offerts, notamment le service d'authentification des personnes nécessaire à l'obtention de la carte d'assurance maladie.

En ce qui concerne les CLSC

En 2001-2002, des tables de concertation ont été créées, réunissant des représentants de la Régie et des responsables de l'authentification des personnes assurées dans les CLSC. Un plan d'amélioration a été dressé et l'on a convenu de consacrer l'année 2002-2003 à l'amélioration du soutien offert par la Régie aux CLSC. Les améliorations souhaitées touchaient principalement des documents d'information, des outils et l'assistance fournis par la Régie aux authenticateurs.

La Régie prévoit effectuer une tournée régionale des CLSC qui devrait débiter en 2003-2004. Il est important de noter que les tables de concertation donnent l'occasion aux participants de mettre en commun les meilleures pratiques, ce qui permettra éventuellement de bonifier le guide relatif à l'authentification.

En ce qui concerne la SAAQ et ses mandataires

Une autre table de concertation a été mise sur pied en 2001-2002, à laquelle siègent des représentants de la SAAQ.

¹ Pour plus de détails, voir l'engagement sur l'accessibilité des services aux personnes assurées dans la section sur la déclaration de services aux citoyens.

L'amélioration et l'harmonisation des procédures d'authentification et d'identification de la SAAQ et de la Régie ont été établies comme étant des priorités. Les objectifs visés sont, d'une part, de rehausser la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données concernant la clientèle et, d'autre part, de lutter contre l'usage frauduleux et la contrefaçon des pièces officielles délivrées par la SAAQ et la Régie. Des mesures concrètes seront mises en place durant l'année 2003-2004.

Les actions menées durant l'année auront certainement un impact positif sur le service à la clientèle, qui obtient déjà un taux de satisfaction élevé.

FAVORISER LES ÉCHANGES D'INFORMATION SÉCURISÉS ET EN ASSURER L'ACCÈS DANS LE RESPECT DES RÈGLES DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

OBJECTIF : D'ici 2004, accroître de 15% le taux d'utilisation de l'actif informationnel de la RAMQ.

Les indicateurs utilisés pour mesurer l'atteinte de cet objectif sont le nombre de consultations de la section « Statistiques » du site Internet ainsi que le nombre de demandes d'information traitées et les revenus obtenus de ces dernières. L'indicateur annoncé portant sur le nombre d'études et d'analyses publiées par la Régie a été abandonné en 2001-2002, car il ne pouvait pas toujours témoigner de façon juste des efforts réalisés.

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS ANNUELS		
	2004	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Nombre de consultations du site Internet — section « Statistiques » (estimation) ¹	29 300	25 500	37 400	37 500
Nombre de demandes d'information traitées	870	760	730	810
Revenus	375 700 \$	326 700 \$	368 100 \$	561 700 \$

¹ Les données de 2000-2001 et de 2001-2002 ont été modifiées à la suite de l'adoption d'une nouvelle méthode de calcul en 2002-2003.

Commentaires

L'actif informationnel de la Régie regroupe un ensemble de renseignements sur l'organisation, la prestation et l'évolution des soins et des services de santé ainsi que sur les budgets alloués à la santé et aux services sociaux. Son développement et son exploitation contribuent à la gestion du système de santé et à l'avancement de la recherche. Ces données sont utilisées par des chercheurs, des décideurs et des gestionnaires du milieu universitaire et du réseau de la santé et des services sociaux, des compagnies pharmaceutiques ainsi que des ministères et des organismes gouvernementaux.

En 2002-2003, la Régie a réalisé un projet pilote, désigné sous le nom de « Comptoirs de données », visant à favoriser une utilisation autonome et sécurisée de son actif informationnel par une clientèle externe. Ce projet a été réalisé avec la collaboration d'intervenants provenant du secteur de la santé (établissements, régies régionales, Conseil du médicament et ministère de la Santé et des Services sociaux).

Le nombre de consultations de la section « Statistiques » du site Internet a largement dépassé la cible établie, atteignant 37 500 visites en 2002-2003.

Le nombre de demandes d'information traitées a également progressé. Généralement plus complexes, la plupart de ces demandes ne pourraient trouver réponse dans les données statistiques accessibles sur le site Internet.

Les revenus ont aussi augmenté, passant de 368 100 \$ en 2001-2002 à 561 700 \$ en 2002-2003.

VALORISER LA CONTRIBUTION DE LA RÉGIE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN S'APPUYANT SUR SES COMPÉTENCES DISTINCTIVES ET COMPLÉMENTAIRES

OBJECTIF : D'ici 2004, rendre disponible à au moins 80 % de la population québécoise, sur l'ensemble du territoire, la carte d'assurance santé à microprocesseur en remplacement de la carte d'assurance maladie actuelle.

Résultats et commentaires

Connu sous le nom de Carte santé Québec, le projet mis sur pied pour remplacer la carte d'assurance maladie par une carte santé à microprocesseur consiste à mettre à la disposition des professionnels de la santé et des usagers des services un ensemble de rubriques d'information clinique accessibles grâce à des dispositifs sécuritaires de consentement et d'authentification. Ce partage d'information, au moyen d'une carte à microprocesseur, favorisera une prise en charge clinique et médicale optimale sur l'ensemble du territoire québécois.

Des travaux relatifs à l'organisation et à la conception technologique de ce projet ont eu lieu au cours de l'exercice 2001-2002. Un avant-projet de loi a également été déposé à l'Assemblée nationale le 19 décembre 2001, puis soumis à une consultation publique dans le cadre de la Commission parlementaire des affaires sociales du 19 février au 9 avril 2002. À la suite de cette commission, une analyse des coûts et bénéfices de la carte santé a été entreprise à l'automne 2002, avec pour objectif d'évaluer ses avantages cliniques et administratifs.

La mise en activité des services et des composantes du projet Carte santé Québec concerne toutes les organisations publiques et privées de même que toutes les associations professionnelles et institutionnelles du réseau. Les travaux de concertation avec les partenaires se sont donc poursuivis au cours de l'exercice. En effet, des efforts importants ont été fournis par la Régie, le ministère de la Santé et des Services sociaux et différents intervenants du réseau de la santé en vue d'arrimer le projet de la carte santé et les autres projets d'informatisation du réseau. Le cheminement du dossier est fonction des décisions gouvernementales.

Par conséquent, le suivi de l'indicateur annoncé dans le plan stratégique 2001-2004, soit le nombre de cartes d'assurance santé à microprocesseur délivrées, est reporté.

OBJECTIF : *Positionner la RAMQ comme partenaire principal dans la mise en place des nouvelles technologies de l'information propres à contribuer à la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux.*

L'indicateur utilisé pour rendre compte des résultats obtenus est le nombre d'ententes de partenariat conclues.

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS ANNUELS	
	2004	2001-2002	2002-2003
Nombre d'ententes de partenariat conclues	3	0	4

La Régie s'est fixé pour objectif de conclure au moins trois ententes de partenariat d'ici 2004. Elle cherche ainsi à accroître sa contribution auprès d'organisations du secteur de la santé et des services sociaux.

Les formes que peut prendre sa contribution dans le réseau de la santé et des services sociaux sont les suivantes :

- administrer des programmes à portée nationale ou soutenir leur administration ;
- soutenir la prestation et l'administration des services en gérant des répertoires et des banques de données d'intérêt commun ;
- soutenir les planificateurs, les analystes et les chercheurs dans l'exploitation de données.

Commentaires

Quatre ententes ont été conclues par la Régie en 2002-2003, soit une entente de plus que l'objectif fixé.

En 2002-2003, la Régie a conclu des ententes avec le Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert, l'Hôpital Laval et le Centre hospitalier de Saint-Eustache, dans le cadre du projet sur les services d'identification des patients inscrits ou admis dans un établissement de santé. Ce projet permettra de faciliter les échanges d'information entre la Régie et les établissements concernés et d'en améliorer la qualité.

La Régie a également conclu une entente de partenariat dans le cadre du projet Pratique médicale de l'avenir (MOXXI). Sa réalisation permettra la mise en place d'un système d'information destiné aux médecins et aux pharmaciens. La Régie contribue à ce projet en rendant disponibles les données nécessaires à l'identification des clientèles, à l'intervention des professionnels auprès des usagers et à l'évaluation du projet.

La Régie entend aussi participer au projet Infostructure de recherche intégrée en santé du Québec (IRIS-Québec), en développant des outils pour l'exploitation et l'alimentation de bases de données, notamment sur les hospitalisations (MEDECHO).

OBJECTIF : D'ici 2004, conclure au moins trois ententes de partenariat contribuant à soutenir les efforts d'amélioration des services à la population.

L'indicateur utilisé pour mesurer l'atteinte de cet objectif est le nombre d'ententes de partenariat conclues.

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS ANNUELS	
	2004	2001-2002	2002-2003
Nombre d'ententes de partenariat conclues	3	2	1

Commentaires

La Régie a atteint l'objectif de conclure d'ici mars 2004 trois ententes de partenariat visant l'amélioration des services à la population.

En 2001-2002, une première entente a été conclue avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, pour la réalisation d'études visant à améliorer les services aux personnes handicapées.

Une seconde entente a été conclue avec l'Université Laval et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, en vue d'élaborer un cadre de référence pour l'évaluation du projet pilote sur le recyclage d'aides à la locomotion.

C'est en 2002-2003 qu'une troisième entente a été signée, cette fois avec l'entreprise BETACOM REHSPEC Inc. Cette entente porte sur la transformation d'écrans d'ordinateurs périmés appartenant à la Régie en appareils de grossissement de caractères (télévisionneuses), afin de faciliter la lecture pour les personnes qui ont une déficience visuelle. Cette entente est cependant conditionnelle à l'obtention des autorisations requises par l'entreprise pour la mise en marché des télévisionneuses.

MODERNISER LE CADRE DE GESTION DE LA RÉGIE EN CAPITALISANT SUR LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION, EN VUE D'AMÉLIORER LES SERVICES AUX CITOYENS

OBJECTIF : *Donner la priorité à la modernisation des systèmes et des infrastructures les plus critiques.*

La Régie dispose d'un environnement technologique de grande envergure, complexe et diversifié. Elle se doit donc de suivre l'évolution dans ce domaine afin de maintenir la haute qualité de ses systèmes informatiques et d'offrir à sa clientèle les meilleurs services possible. En modernisant les systèmes (applications) et les infrastructures (équipements et logiciels) les plus importants pour la gestion des services à la clientèle, elle assure la continuité des services, le renouvellement de l'équipement désuet et la rentabilisation de ses investissements.

Les indicateurs utilisés pour mesurer cet objectif sont les efforts consentis pour la modernisation des systèmes les plus critiques et le nombre d'infrastructures technologiques modernisées.

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS ANNUELS	
	2002-2003	2001-2002	2002-2003
Efforts consentis pour la modernisation des systèmes les plus critiques	52 ETC ¹	n. d.	52 ETC
Nombre d'infrastructures technologiques modernisées	6	3	7

¹ Un ETC est un « équivalent temps complet », calculé sur la base de 200 jours ouvrables par année.

Notons que des indicateurs de suivi des niveaux de service sont en cours de développement.

Commentaires

Afin de gérer efficacement le domaine des technologies de l'information, la Régie s'est dotée de mécanismes pluriannuels de planification et de suivi de ses investissements. En outre, elle a vérifié en détail l'état de ses systèmes et infrastructures technologiques. Un plan annuel, révisé trimestriellement par la haute direction, permet notamment d'établir les priorités en matière de modernisation.

Durant l'année 2002-2003, sept infrastructures ont été renouvelées afin d'améliorer le service à la clientèle. C'est le cas, entre autres, de celles servant au traitement des 89 millions de transactions relatives à l'assurance médicaments et à la révision des demandes de paiement des professionnels de la santé.

Dans cette même perspective, la Régie a procédé à la modernisation de certains de ses systèmes. Ainsi, deux projets majeurs ont été poursuivis en 2002-2003 :

■ L'amélioration de la gestion du régime d'assurance médicaments

Degré d'avancement du projet au 31 mars 2003 : 68 %

Échéance prévue : décembre 2003

La Régie revoit actuellement ses systèmes pour traiter, entre autres, les renouvellements d'ordonnances avant l'échéance ou d'une durée de plus d'un mois. La bonne collaboration des pharmaciens et des fournisseurs de la Régie a rendu possible l'implantation harmonieuse de ces mesures. Grâce aux solutions proposées par l'organisation, les fournisseurs de logiciels ont pu déployer dans les pharmacies les composantes technologiques fournies par la Régie ainsi que leurs propres logiciels, et ce à leur rythme, tout en respectant le calendrier établi. Les fournisseurs de logiciels ont beaucoup apprécié la souplesse qui leur était accordée.

■ La réalisation de travaux relatifs à la refonte du système associé aux services hospitaliers rendus au Canada

Degré d'avancement du projet au 31 mars 2003 : 17 %

Échéance prévue : septembre 2004

Depuis 1976, la Régie administre les services de santé assurés hors du Québec en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation. Ce programme, que lui a confié le ministère de la Santé et des Services sociaux, est soutenu par un système informatique conçu dans les années 1980 qui s'avère aujourd'hui désuet. La refonte du système permettra, entre autres, d'assurer l'application intégrale du programme ainsi que l'intégrité des données, de réduire les frais d'administration et d'améliorer le service à la clientèle par un accès direct au système de la Régie.

Notons finalement qu'au cours de l'exercice, une réflexion a été amorcée sur la révision des systèmes relatifs à la rémunération des professionnels de la santé. Compte tenu des changements fréquents et variés apportés aux ententes de rémunération des professionnels de la santé, la Régie doit être en mesure d'assurer un service de qualité.

OBJECTIF : Accentuer la mise en place de services en ligne adaptés aux besoins de la clientèle; en particulier, d'ici 2002, réaliser les premiers services en ligne dans d'autres secteurs d'activité de la RAMQ.

L'indicateur utilisé pour rendre compte de l'atteinte de cet objectif stratégique est le nombre de services mis en ligne. Des indicateurs de suivi des niveaux de service sont en cours de développement.

Il faut entendre par l'expression « services en ligne » les services offerts par la Régie qui permettent des échanges électroniques entre elle et sa clientèle et remplacent la transmission de différents documents papier. Seuls les services opérationnels et utilisés par la clientèle sont comptabilisés dans les résultats atteints. Par conséquent, sont exclus les projets en cours d'essai ainsi que les projets pilotes.

INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS ANNUELS	
	2004	2001-2002	2002-2003
Nombre de nouveaux services mis en ligne	3	3	3

Commentaires

Par la mise en place de services en ligne, la Régie vise essentiellement à réduire les délais de traitement, à alléger les formalités administratives et à satisfaire plus rapidement sa clientèle.

La Régie a mis en place des infrastructures de base sécuritaires qui permettent de soutenir la prestation de services en ligne et peuvent s'adapter aux divers modes de télécommunication. Les mécanismes de sécurité prévus assurent la protection des données échangées.

Un portail Internet actuellement en élaboration devrait faciliter l'accès de la clientèle aux services électroniques offerts par la Régie. En effet, il permettra une organisation claire de l'information ainsi qu'une navigation aisée vers les différents types de produits et de services en fonction des besoins du client.

À la lumière des résultats obtenus, on constate que la Régie a dépassé sa cible initiale, puisque six nouveaux services étaient disponibles à la fin de l'exercice 2002-2003.

Durant l'année 2001-2002, différents services ont été mis en ligne. Ainsi, le fichier de la liste des médicaments est devenu accessible aux agences qui mettent au point les logiciels de facturation destinés aux pharmaciens. D'autres services permettent le maintien à jour de la liste des médecins pouvant exercer ainsi que la transmission des demandes de remboursement relatives à des services rendus hors du Québec.

Durant l'année 2002-2003, la Régie a fait un effort particulier auprès des établissements et des professionnels de la santé. Ainsi, les établissements de santé et les régies régionales ont dorénavant accès à un extranet qui leur permet de transmettre ou de renouveler les avis de service précisant le statut des professionnels de la santé qui leur sont liés par contrat. Il en résulte un gain de temps considérable, en plus d'une réduction des erreurs de saisie.

Les professionnels de la santé ont également accès à cet extranet pour consulter les communiqués diffusés à leur intention et effectuer au besoin leurs changements d'adresse.

Dès la mise en place des premiers groupes de médecine de famille à la fin de l'année 2002-2003, les omnipraticiens et leur personnel administratif ont eu accès à un formulaire en ligne permettant l'inscription de leurs patients. De plus, depuis mars 2003, un formulaire d'identification des médecins de famille est accessible dans l'extranet, dans le cadre de la prise en charge des clientèles vulnérables.

MODERNISER LE CADRE DE GESTION DE LA RÉGIE EN PROCURANT AU PERSONNEL UN MILIEU DE TRAVAIL MOBILISATEUR, OUVERT AUX ASPIRATIONS ET OFFRANT DES DÉFIS, EN VUE D'AMÉLIORER LES SERVICES AUX CITOYENS

OBJECTIF: D'ici 2003, avoir mis en place un plan de reconnaissance pour favoriser l'excellence et la performance.

Les indicateurs utilisés sont l'indice de satisfaction du personnel quant à la reconnaissance ainsi que le degré d'élaboration d'un plan de reconnaissance.

INDICATEURS	RÉSULTATS	
	2001-2002	2002-2003
Indice de satisfaction du personnel	4,2/10	s. o.
Degré d'élaboration d'un plan de reconnaissance ¹	25%	100%

¹ Le pourcentage est cumulatif.

Commentaires

Dans le cadre d'un sondage mené auprès du personnel en 2001, les employés ont eu l'occasion de faire connaître leur perception quant à la pratique de la reconnaissance à la Régie.

Munie des résultats obtenus dans le cadre de ce sondage, la Régie a mis sur pied au cours de l'année 2002-2003 un groupe de travail dont le mandat était de proposer des pistes d'action en matière de reconnaissance. Parmi les pistes suggérées, certaines ont été priorisées afin d'établir un plan comprenant des actions concrètes qui visent à soutenir la reconnaissance au travail. La réalisation de ces actions s'amorcera durant l'année 2003-2004.

Le plan a pour objectif de reconnaître davantage la personne à travers son expertise, ses compétences, ses efforts et sa contribution aux activités de l'organisation, en plus de souligner l'excellence et la performance. Sa mise en œuvre devrait se traduire par une amélioration de la satisfaction des employés, puisque les actions entreprises répondront à leurs attentes. Il est réaliste d'envisager que la mise en place du plan sera complétée au cours de l'année 2003-2004, et ce, bien que sa portée ait été élargie.

Il est important de préciser qu'au fil des ans, la Régie a déjà instauré plusieurs mesures concourant à reconnaître la personne ainsi que sa contribution au sein de l'organisation, tels l'accueil personnalisé des nouveaux employés, un service d'infirmerie, une salle de conditionnement physique, des fêtes de fin de projets et une célébration soulignant les 25 années de service des employés.

De plus, la Régie a souligné durant les deux dernières années, au moyen de bonis, le rendement exceptionnel de certains employés (professionnels et fonctionnaires non syndiqués) en ce qui a trait à leur engagement au travail, à la complexité de leurs mandats ou encore à l'impact et au rayonnement de leurs travaux. Cette façon de faire est conforme aux mesures gouvernementales en la matière.

OBJECTIF : D'ici 2003, allouer au moins 3 % de la masse salariale au développement des ressources humaines.

Les indicateurs utilisés sont l'indice de satisfaction du personnel relativement au développement des ressources humaines ainsi que le pourcentage de la masse salariale attribué au développement.

INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS ANNUELS		
	2003	2000	2001	2002
Indice de satisfaction du personnel	s. o.	s. o.	5,7 / 10	s. o.
Pourcentage de la masse salariale attribué au développement des ressources humaines ¹	3 %	3,5 %	3,5 %	2,75 %

1. Calculé sur la base de l'année civile.

Commentaires

Les relations avec la clientèle et la préparation de la relève en gestion en vue de prochains départs à la retraite figurent parmi les priorités en matière de développement.

Les relations avec la clientèle

La Régie a instauré un programme de prévention de la violence dans les rapports avec la clientèle pour aider le personnel à réagir de façon efficace dans les situations tendues et à mieux gérer les cas difficiles. En 2001-2002, plus de la moitié du personnel en relation directe avec la clientèle en a bénéficié. L'autre moitié a suivi le même programme durant l'année 2002-2003.

La relève en gestion et les départs à la retraite

En prévision des départs à la retraite d'un nombre important de gestionnaires (63 % d'ici 2009), la Régie a axé ses efforts sur la formation des chefs d'équipe professionnels ainsi que sur celle des professionnels nommés à un poste de gestion par intérim, qui constituent un bassin potentiel pour la relève en gestion.

Ainsi, un programme de formation a démarré il y a quatre ans pour permettre aux chefs d'équipe professionnels d'acquérir des compétences notamment en leadership et en communication. En 2002-2003, dix jours de formation ont été donnés dans le cadre de ce programme. Environ 50 personnes y ont participé.

En ce qui concerne les personnes en situation de gestion, elles ont eu accès au programme de formation habituellement offert aux cadres nouvellement promus.

OBJECTIF: Dès 2001, donner la priorité au développement et à l'amélioration des mécanismes favorisant la consultation, l'information ainsi que la participation du personnel aux affaires de la RAMQ.

Les indicateurs permettant de mesurer l'atteinte de cet objectif sont l'indice de satisfaction du personnel à l'égard de ces questions et le degré d'élaboration d'un plan d'action sur les communications internes.

INDICATEURS	RÉSULTATS	
	2001-2002	2002-2003
Indice de satisfaction du personnel	5,8/10	s. o.
Degré d'élaboration d'un plan d'action sur les communications internes ¹	25 %	100 %

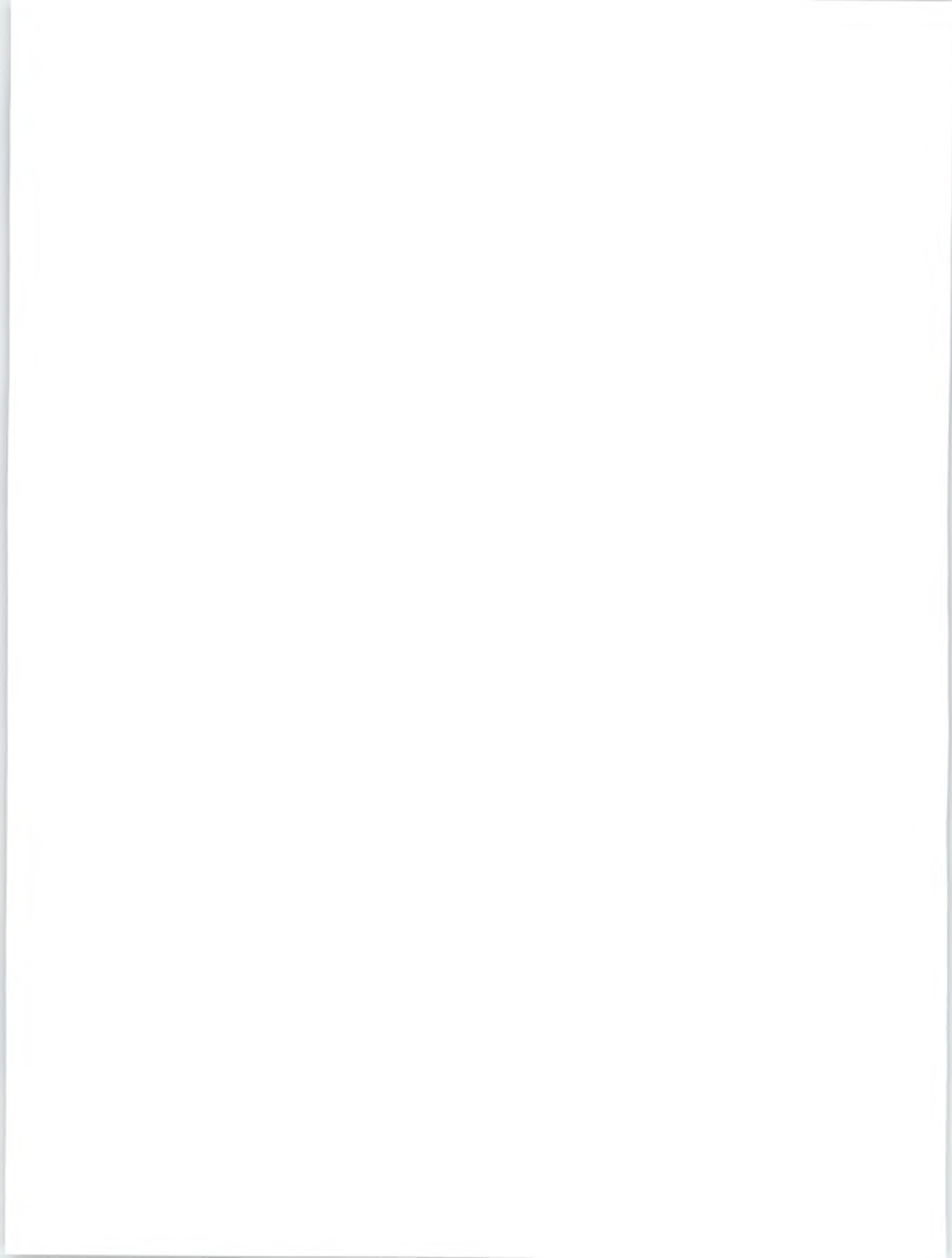
¹ Le pourcentage est cumulatif.

Commentaires

À la suite du sondage mené auprès du personnel en 2001, un groupe de travail a été mis sur pied avec le mandat de proposer des moyens pour améliorer la diffusion de l'information et offrir de la formation aux employés dans le but de faciliter leur travail, de favoriser le développement de leur carrière et d'accroître leur sentiment d'appartenance. Le rapport du groupe de travail a été transmis à tout le personnel de la Régie à l'hiver 2003. Un plan d'action sur les communications internes a été élaboré; il comprend les recommandations de ce rapport jugées prioritaires.

En outre, certaines actions menées durant le dernier exercice ont contribué au développement de l'intranet de la Régie. D'abord, la nécessité de se conformer au nouveau programme d'identification visuelle du gouvernement du Québec a été l'occasion de revoir la page d'accueil en facilitant l'accès aux différents renseignements par des hyperliens. Puis, la publication de nouvelles d'intérêt général à « la Une » a été intensifiée. Enfin, de nouveaux sites ont été créés, dont un site sur les ressources humaines, où l'on trouve de l'information sur les conditions de travail et les services à la disposition du personnel.

LES RESSOURCES DE LA RÉGIE



LES RESSOURCES HUMAINES

Le personnel de la Régie

La Régie compte un effectif de 1 554 personnes, dont 266 embauchées sur une base occasionnelle. Précisons que près de 91 % de l'effectif total de la Régie travaille au bureau de Québec.

Répartition du personnel par catégorie d'emploi au 31 mars 2003

CATÉGORIES D'EMPLOI	TOTAL	HOMMES	FEMMES
Cadres	72	45	27
Professionnels	457	245	212
Personnel de bureau et techniciens	999	246	753
Ouvriers	8	8	0
Étudiants	18	15	3
Total	1 554	559	995

Le gouvernement du Québec s'est donné des objectifs pour promouvoir l'intégration de personnes issues de divers groupes afin que la diversité de la société québécoise se reflète au sein de la fonction publique. Pour atteindre ces objectifs, il a mis de l'avant des programmes d'accès à l'égalité visant les femmes, les membres de communautés culturelles, les anglophones et les autochtones, ainsi qu'un plan d'embauche pour les personnes handicapées. De plus, il a rendu public un plan d'action pour rajeunir la fonction publique québécoise.

Les programmes d'accès à l'égalité et les plans d'embauche

INDICATEURS	CIBLES GOUVERNEMENTALES	RÉSULTATS ANNUELS	
	2002-2003	2001-2002	2002-2003
Pourcentage de femmes parmi le personnel d'encadrement	22 %	34 %	37,5 %
Pourcentage de personnes handicapées ¹	2 %	1,5 %	1,7 %
Pourcentage de personnes embauchées parmi les membres de communautés culturelles, les anglophones et les autochtones	25 %	9,7 %	8,1 %

¹ Il s'agit du taux de représentation au sein de l'effectif régulier de la Régie.

Les femmes

Au 31 mars 2003, le pourcentage de femmes parmi le personnel d'encadrement de la Régie était de 37,5 %. Ce pourcentage dépasse largement la cible établie à 22 %, de même qu'il est plus élevé que le taux de représentation gouvernementale, qui se situe à 28 %. Aussi, les femmes représentent 46 % du personnel professionnel de la Régie, comparativement à 44 % pour l'ensemble de la fonction publique.

Les personnes handicapées

La représentation des personnes handicapées parmi le personnel régulier de la Régie atteint maintenant 1,7 %. La Régie s'approche de plus en plus de l'objectif gouvernemental, qui est de 2 %.

Les membres de communautés culturelles, les anglophones et les autochtones

La Régie souscrit aux objectifs gouvernementaux en matière de diversification culturelle. Au cours de l'année 2002-2003, elle a embauché 21 personnes parmi les membres de communautés culturelles, les anglophones et les autochtones, soit 8,1 % des personnes recrutées pendant l'année. Elle entend d'ailleurs poursuivre les efforts nécessaires à l'atteinte de la cible gouvernementale de 25 %.

Le rajeunissement du personnel

Soucieuse d'investir dans l'avenir, la Régie a favorisé au cours de l'année le recrutement de jeunes dans ses équipes de travail. Ainsi, 164 personnes de 35 ans ou moins ont joint ses rangs, ce qui représente 60,7 % du recrutement en 2002-2003.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

En 2002-2003, les budgets alloués aux technologies de l'information s'élevaient à 30,4 millions de dollars.

BUDGET ALLOUÉ AUX TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION EN 2002-2003	
Maintien des niveaux de service, entretien des applications et télécommunications	20,9 M\$
Évolution du portefeuille d'applications	1,9 M\$
Acquisition d'équipements	4,3 M\$
Réalisation de projets	3,3 M\$
Total	30,4 M\$

Le budget des technologies de l'information représente près de 25 % de celui lié aux frais d'administration de la Régie. Sont toutefois exclus de ce pourcentage les projets spéciaux réalisés en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux et d'autres partenaires.

Principales réalisations en 2002-2003

Les technologies de l'information sont omniprésentes dans les activités de la Régie. Elles constituent un actif important et permettent de faire face à des enjeux stratégiques pour l'organisation.

Les orientations retenues dans la planification stratégique de la Régie font grandement appel aux technologies de l'information, notamment en ce qui a trait aux objectifs suivants¹:

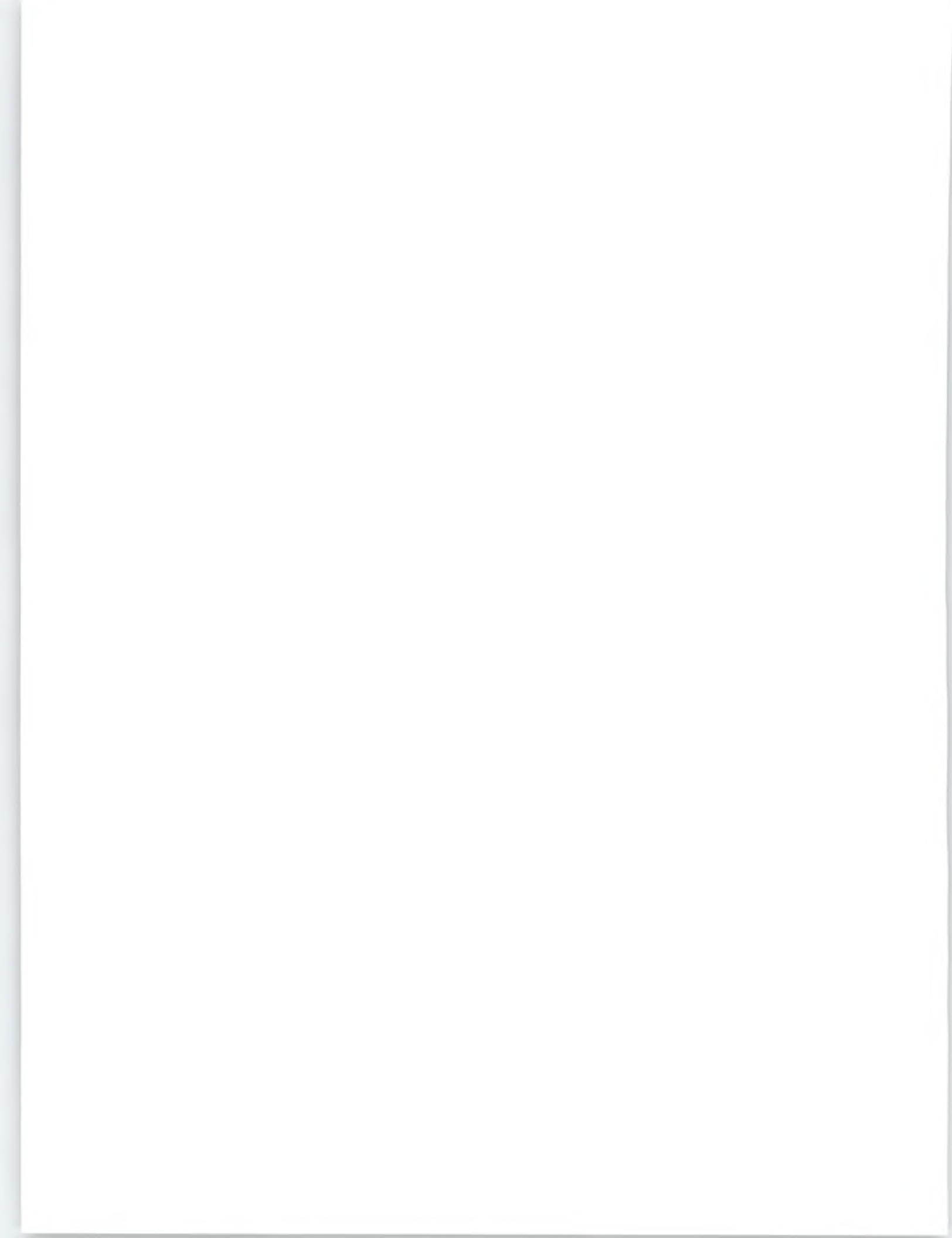
- positionner la Régie comme partenaire principal dans la mise en place de nouvelles technologies de l'information propres à contribuer à la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux;
- donner la priorité à la modernisation des systèmes et des infrastructures les plus critiques;
- accentuer la mise en place de services en ligne adaptés aux besoins de la clientèle.

Ces orientations laissent une large place au partage d'expertise tout en répondant aux besoins exprimés par la clientèle et les partenaires de la Régie. Elles favorisent l'accessibilité et la convivialité des services, en mettant notamment l'accent sur l'utilisation des technologies Internet, et ce, en toute sécurité.

Outre les projets liés plus particulièrement aux objectifs stratégiques, la Régie entretient un lien de partenariat avec les organismes centraux, notamment par sa participation au Service québécois de changement d'adresse (SQCA) et le développement de systèmes soutenant ce service. La Régie travaille également de concert avec le Secrétariat du Conseil du trésor pour définir les mécanismes d'identification et d'authentification de la clientèle qui utilise les services en ligne.

¹ Pour plus de détails, consulter la section sur les objectifs stratégiques.

DIVERSES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES



LA POLITIQUE LINGUISTIQUE

Le gouvernement du Québec a démontré l'importance qu'il accorde à la langue française en adoptant, le 12 novembre 1996, la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration.

Entrée en vigueur en décembre 2001, la politique linguistique de la Régie tient compte des orientations établies par le gouvernement. Elle a ainsi pour but de déterminer et de faire savoir à l'ensemble du personnel comment doit s'appliquer la Charte de la langue française pour tout ce qui a trait aux activités de la Régie.

Au cours de l'année 2002-2003, le comité chargé de veiller à l'application de la politique linguistique a formulé des avis sur différentes questions, particulièrement en ce qui concerne les nouvelles technologies, que ce soit pour l'acquisition de logiciels, la diffusion de documents sur le Web ou l'établissement de services en ligne.

Parallèlement, le comité a réalisé un inventaire des documents destinés au public, dans le but de vérifier leur conformité à la politique linguistique. Il a également établi les bases d'un plan d'action visant à offrir de la formation au personnel appelé à communiquer avec le public.

Enfin, la Régie s'est vu décerner une mention d'honneur au gala des Mérites du français pour sa contribution à la promotion du français au cours de l'année 2002-2003. La qualité des documents qui font connaître sa politique linguistique lui ont valu cette mention.

LE PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DE SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

La Régie gère quotidiennement d'innombrables données, une grande quantité d'entre elles touchant la vie privée des Québécoises et des Québécois. Aussi veille-t-elle constamment à se montrer digne de la confiance que sa clientèle lui témoigne en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information, particulièrement en cette ère de développement des technologies de l'information. La *Déclaration de services aux citoyens* affirme de façon encore plus marquée cette volonté.

Comme organisme public, la Régie se conforme à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. La Loi sur l'assurance maladie lui impose par ailleurs des règles plus restrictives encore en matière de confidentialité, puisqu'elle prévoit explicitement tous les renseignements dont la transmission est autorisée.

Dans un esprit d'amélioration continue

En 2001-2002, la Régie a évalué à quel point le fichier d'inscription des personnes assurées était conforme aux exigences de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Bien que le niveau de conformité ait été jugé satisfaisant, une refonte des profils

d'accès a été entreprise au cours de l'année 2002-2003. En plus de sensibiliser le personnel aux enjeux de la protection des renseignements personnels, cette opération a permis la mise en place de nouveaux outils et processus capables de gérer encore plus efficacement l'attribution des droits d'accès à plus d'une centaine de systèmes d'information.

Afin d'assurer le respect des règles de confidentialité dans le cadre des opérations quotidiennes, la Régie a aussi commencé la mise à jour de l'inventaire des communications de renseignements personnels dans toutes les directions générales. Cette mesure permet de prévenir des situations où il pourrait y avoir bris de confidentialité. Des ajustements ont déjà été apportés en conséquence.

La Régie a, en outre, cru bon de revoir ses politiques et procédures administratives en matière de sécurité durant le dernier exercice. Le Registre d'autorité de la sécurité de l'information détermine notamment les responsabilités des intervenants en cette matière. La Régie a aussi mis en place un processus administratif, soutenu par un logiciel, qui permet l'encadrement de l'utilisation du réseau Internet.

Les priorités d'action pour 2003-2004

Les priorités d'action retenues pour 2003-2004 en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information sont les suivantes :

- l'implantation d'un site intranet regroupant les différents documents relatifs à la protection des renseignements personnels;
- la mise à jour des déclarations de fichiers à la Commission d'accès à l'information;
- l'achèvement de l'inventaire des communications de renseignements personnels;
- la poursuite des activités récurrentes de sensibilisation et de formation du personnel, particulièrement à l'intention des nouveaux employés;
- l'adoption de politiques et de procédures administratives relatives à la sécurité de l'information;
- la catégorisation des systèmes d'information au regard de la sécurité de l'information selon le guide produit par le Secrétariat du Conseil du trésor;
- la mise à jour du calendrier de conservation des documents et l'approbation des délais de conservation établis par les Archives nationales du Québec.

La Régie ayant pris des engagements relatifs à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels dans sa déclaration de services aux citoyens, des renseignements complémentaires sont présentés dans la section consacrée à ces engagements.

LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Conformément à une nouvelle exigence gouvernementale, les ministères et organismes doivent rendre compte, dans leur rapport annuel de gestion, des correctifs apportés à la suite des recommandations formulées par le Vérificateur général.

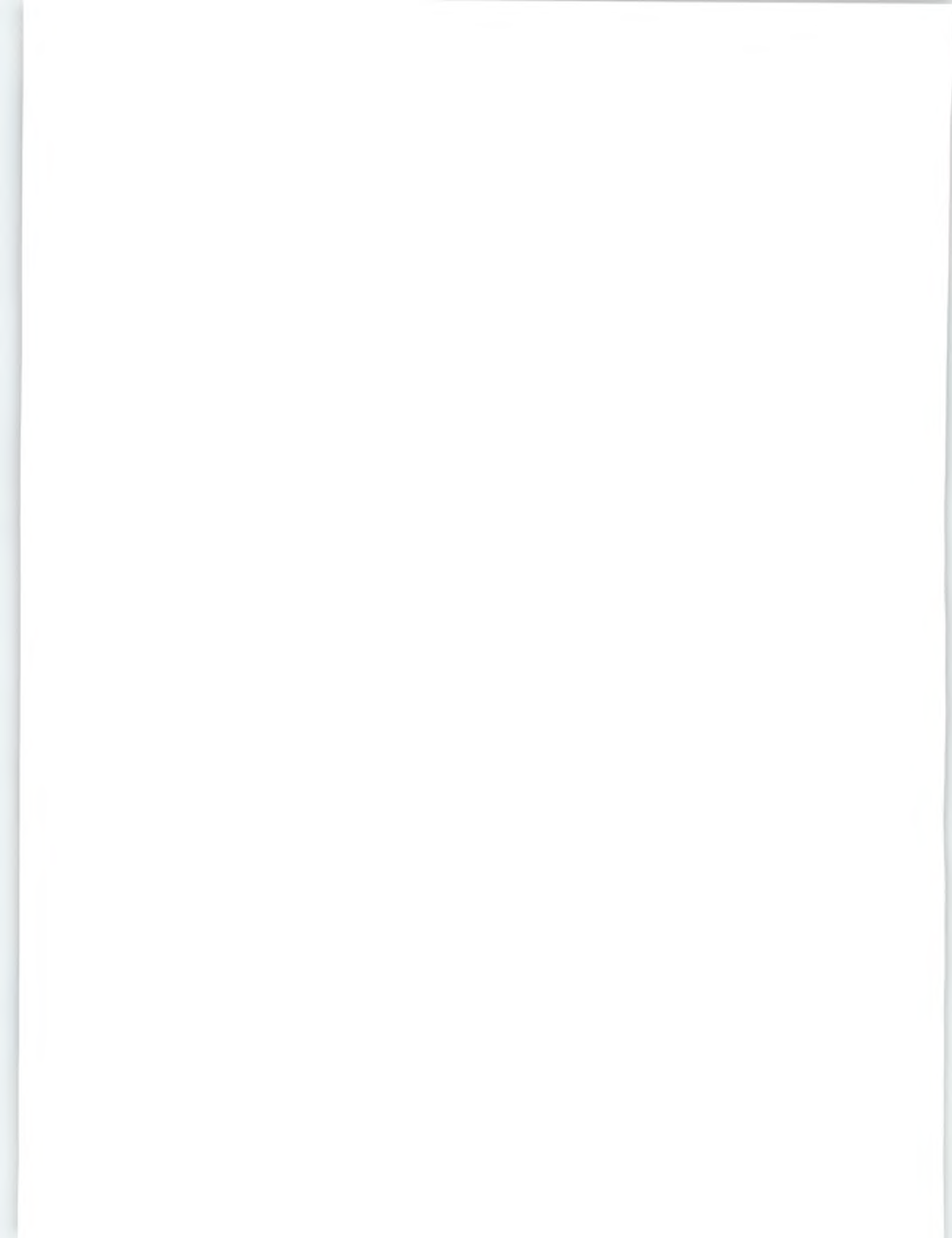
À cet effet, la Régie a mis en place en 2002-2003 un mécanisme de suivi afin d'assurer une prise en charge adéquate de ces recommandations. Ce mécanisme prévoit que les directions générales concernées élaborent un plan d'action et mettent en application les mesures qu'elles auront jugées appropriées. L'équipe chargée de la vérification interne coordonnera le suivi et s'assurera de la mise en œuvre et de l'efficacité de ces mesures.

À partir de 2003-2004, la Régie devra aller plus loin dans ce processus et rendre compte des actions entreprises afin de corriger les lacunes soulevées par le Vérificateur général depuis 2001-2002. À titre d'information, voici les sujets dont il sera fait mention dans le prochain rapport annuel de gestion de la Régie, à la suite des recommandations issues du deuxième tome du rapport du Vérificateur général 2001-2002 déposé à l'Assemblée nationale en décembre dernier :

- la gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux ;
- la certification de l'information financière au 31 mars 2002.

Des plans d'action tenant compte des recommandations du Vérificateur général en ces matières sont en élaboration.

LES ÉTATS FINANCIERS ET LES DONNÉES FINANCIÈRES



ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2003

Responsabilité de la direction à l'égard de l'information financière

La direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et respectant les principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport annuel est conforme à celle contenue dans les états financiers.

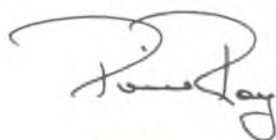
La direction maintient un système de contrôles comptables internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que les actifs sont convenablement protégés et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations de la Régie.

Le conseil d'administration est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

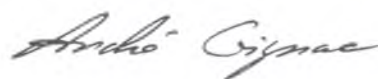
Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de la Régie conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et son rapport expose la nature et l'étendue de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,



Pierre Roy

Le directeur du budget et
des ressources financières,



André Gignac

Québec, le 27 mai 2003

Rapport du vérificateur

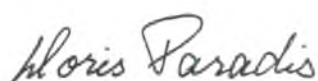
À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan de la Régie de l'assurance maladie du Québec au 31 mars 2003 et l'état du coût et du financement des programmes de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de la Régie au 31 mars 2003 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

La vérificatrice générale par intérim,



Doris Paradis, CA

Québec, le 27 mai 2003

Coût et financement des programmes
Exercice terminé le 31 mars

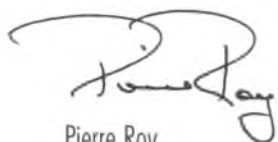
	2003	2002
	(en milliers de dollars)	
Coût des programmes (note 3)		
Services médicaux	3 001 422	2 830 498
Médicaments et services pharmaceutiques (note 4)	1 914 108	1 729 713
Services dentaires (note 5)	130 574	80 432
Services hospitaliers (note 6)	105 114	88 237
Aides techniques	101 611	90 615
Services d'aide domestique	41 263	37 189
Services optométriques (note 5)	32 828	36 009
Autres (note 7)	9 501	10 292
	5 336 421	4 902 985
Recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers	4 593	3 941
	5 331 828	4 899 044
Frais d'administration (note 8)	114 002	104 638
Perte sur disposition de placement	3 708	—
	5 449 538	5 003 682
Sources de financement		
Fonds des services de santé	3 532 025	4 295 030
Fonds de l'assurance médicaments (note 9)	1 570 035	402 139
Gouvernement du Québec	244 175	216 892
Commission de la santé et de la sécurité du travail	73 421	65 350
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 6)	22 181	18 505
Autres sources	7 701	5 766
	5 449 538	5 003 682

Bilan au 31 mars

	2003	2002
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme (note 10)		
Espèces	—	4 008
Contributions à recevoir		
Fonds des services de santé	324 853	209 746
Fonds de l'assurance médicaments	96 365	74 172
Frais à récupérer (note 11)	121 011	98 338
Autres créances	25 119	21 022
	567 348	407 286
Placement	—	3 708
Immobilisations (note 12)	33 171	32 740
	600 519	443 734
Passif		
À court terme (note 10)		
Effets bancaires en circulation	133 285	122 142
Services à payer (note 5)	415 624	273 170
Autres créditeurs et frais courus	15 622	14 479
Tranche de la dette à long terme échéant dans moins d'un an	1 308	2 271
	565 839	412 062
Provision pour congés de maladie et vacances (note 15)	26 458	22 142
Dette à long terme (note 13)	8 222	9 530
	600 519	443 734

Engagements (note 16)

Pour la Régie,



Pierre Roy
Président-directeur général



Claude Gagnon
Membre du conseil d'administration

Notes complémentaires

31 mars 2003

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. CONSTITUTION, FONCTION ET FINANCEMENT

La Régie, personne morale au sens du Code civil, constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre le régime général d'assurance médicaments. Elle administre aussi le programme d'assistance maladie du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ainsi que des parties de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux dont :

- la rémunération des résidents en médecine ;
- le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec ;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique ;
- la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers.

La Régie paie les médecins ayant rendu des services professionnels dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi occasionnés.

Le financement du régime d'assurance maladie et du programme d'assistance maladie provient du Fonds des services de santé. Jusqu'au 30 juin 2002, celui-ci a aussi financé le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis dans le cadre du régime public d'assurance médicaments :

- aux personnes de 65 ans ou plus ;
- aux prestataires de l'assistance-emploi.

Par ailleurs, le Fonds de l'assurance médicaments finance ces mêmes coûts pour des médicaments et services fournis :

- aux personnes de 65 ans ou plus, depuis le 1^{er} juillet 2002 ;
- aux prestataires de l'assistance-emploi, depuis le 1^{er} juillet 2002 ;
- à toute personne admissible, autre que celles énumérées ci-dessus, qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Enfin, le gouvernement du Québec finance les parties de programmes confiées à la Régie par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2. CONVENTIONS COMPTABLES

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie de l'exercice. Par contre, les informations les plus pertinentes sont fournies dans les notes complémentaires aux états financiers.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées à leur valeur d'acquisition.

Le développement de systèmes informatiques inclut le coût de la main-d'œuvre et des services professionnels ainsi que celui du matériel informatique et bureautique s'y rapportant.

La méthode de l'amortissement linéaire est utilisée en tenant compte de la valeur résiduelle des immobilisations, s'il y a lieu. Leur durée de vie utile a été établie comme suit :

Immeuble du siège social	40 ans
Développement de systèmes informatiques	5 à 7 ans
Ameublement, équipement de bureau et matériel roulant	5 ans
Matériel informatique et bureautique	3 à 5 ans

Régimes de retraite

La Régie ne possède pas l'information nécessaire à l'application de la méthode de comptabilisation des régimes à prestations déterminées.

Elle applique donc la méthode de comptabilisation des régimes à cotisation déterminée aux régimes inter-employeurs gouvernementaux à prestations déterminées.

3. COÛT DES PROGRAMMES

Le coût des produits et services par programme se répartit comme suit :

	2003	2002
Régime d'assurance maladie	3 075 128	2 892 702
Régime public d'assurance médicaments	1 908 037	1 726 180
Assistance maladie	88 748	50 945
Autres	259 915	229 217
	5 331 828	4 899 044

La Régie n'ajuste plus le coût des programmes pour tenir compte des enveloppes globales prédéterminées en vertu des accords-cadres conclus par le ministre de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentant des professionnels de la santé.

4. MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES

	2003	2002
Personnes de 65 ans ou plus	1 054 425	943 460
Prestataires de l'assistance-emploi	440 259	396 752
Personnes admissibles qui n'ont pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux	413 353	385 968
Personnes admissibles à des programmes particuliers	6 071	3 533
	1 914 108	1 729 713

5. SERVICES DENTAIRES ET OPTOMÉTRIQUES

Les ententes suivantes, conclues avec des associations représentant des professionnels de la santé et expirées au 31 mars 2003, n'ont fait l'objet d'aucune provision au passif à l'égard des modifications qui pourraient être apportées aux tarifs lors de leur renouvellement :

	DATE D'EXPIRATION
Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec	31 mars 2002
Association professionnelle des optométristes du Québec	31 mars 2002

6. SERVICES HOSPITALIERS

	2003	2002
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	82 818	64 462
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	22 181	18 505
Services de radio-oncologie rendus hors du Québec	115	5 270
	105 114	88 237

7. AUTRES

	2003	2002
Bourses de recherche	8 161	8 713
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C	1 340	1 579
	9 501	10 292

8. FRAIS D'ADMINISTRATION

	2003	2002
Traitements et avantages sociaux	72 736	64 940
Amortissement des immobilisations	11 744	9 815
Locaux, équipement et ameublement	10 533	11 261
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	6 472	6 028
Réseau de communication interactive	6 211	6 204
Services professionnels et autres	3 418	2 806
Fournitures et approvisionnements	2 175	2 078
Intérêts sur la dette à long terme	713	1 506
	114 002	104 638

9. FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

	2003	2002
Personnes de 65 ans ou plus*	795 285	—
Adhérents	413 353	385 968
Prestataires de l'assistance-emploi*	332 842	—
Frais d'administration	28 555	16 171
	1 570 035	402 139

* Depuis le 1^{er} juillet 2002

10. INSTRUMENTS FINANCIERS

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée.

11. FRAIS À RÉCUPÉRER

	2003	2002
Gouvernement du Québec	96 660	79 656
Commission de la santé et de la sécurité du travail	17 072	12 999
Services hospitaliers dus par d'autres provinces	7 279	5 683
	121 011	98 338

12. IMMOBILISATIONS

			2003	2002
	COÛT	AMORTISSEMENT CUMULÉ	NET	NET
Terrain	1 000	—	1 000	1 000
Immeuble du siège social	17 537	9 237	8 300	8 600
Développement de systèmes informatiques	54 093	37 369	16 724	17 558
Ameublement, équipement de bureau et matériel roulant	3 000	1 032	1 968	2 024
Matériel informatique et bureautique	10 784	5 605	5 179	3 558
	86 414	53 243	33 171	32 740

Les acquisitions de l'exercice ont nécessité des déboursés de 12,1 millions (2002: 10 M\$).

13. DETTE À LONG TERME

	2003	2002
Emprunts sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec à des taux fixes variant de 5,91 % à 6,28 %, échéant entre 2004 et 2006	9 530	11 801
Tranche échéant dans moins d'un an	1 308	2 271
	8 222	9 530
Flux de trésorerie		
Remboursements	2 271	14 062
Intérêts versés	1 008	1 106

Les versements en capital au cours des cinq prochains exercices s'établissent comme suit en posant l'hypothèse du refinancement des emprunts sur billets à leur échéance aux mêmes conditions :

2004	1 308
2005	922
2006	500
2007	500
2008	500

La juste valeur de la dette à long terme, obtenue par l'actualisation des flux de trésorerie futurs, au taux d'intérêt du marché pour des emprunts semblables, correspond à sa valeur comptable.

14. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans les états financiers, la Régie est apparentée à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. La Régie n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement aux états financiers.

15. AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les cotisations de la Régie imputées aux résultats de l'exercice se chiffrent à 2,4 millions (2002 : 2,2 M\$) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. Par ailleurs, les cotisations pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 3,0 millions (2002 : 2,8 M\$) et sont incluses dans le coût des programmes aux postes « Services médicaux », « Services dentaires » et « Services optométriques ». Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations pour services courants à titre d'employeur.

Provision pour congés de maladie et vacances

	2003	2002
Solde au début	22 142	19 703
Augmentation nette due à des départs et des arrivées d'employés	(235)	1 280
Dépenses	7 694	6 776
Avantages sociaux des exercices antérieurs	3 244	—
Utilisation	(6 387)	(5 617)
Solde à la fin	26 458	22 142

16. ENGAGEMENTS

Au 31 mars 2003, les engagements contractuels minimaux exigibles pour l'acquisition de biens et services relatifs à des contrats d'approvisionnement ainsi que pour la location de locaux se détaillent comme suit :

2004	15 039
2005	9 228
2006	4 174
2007	1 827
2008	374
Total	30 642

17. RECLASSEMENT

Certains chiffres de 2002 ont été reclassés afin qu'ils soient conformes à la présentation adoptée en 2003.

LES DONNÉES FINANCIÈRES

Les sources de financement

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé, le Fonds de l'assurance médicaments ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé le 18 juin 1981 afin de répondre aux besoins financiers de la Régie pour l'administration des programmes qui lui sont confiés en lui transmettant les sommes nécessaires à l'équilibre des sources de financement et des dépenses relatives au régime d'assurance maladie.

Depuis le 1^{er} avril 1996, il finance aussi le programme d'assistance maladie qui a été confié à la Régie à cette date. Entre le 1^{er} août 1996 et le 30 juin 2002, il a contribué au financement du régime général d'assurance médicaments :

- pour les personnes de 65 ans ou plus ;
- pour les prestataires de l'assistance-emploi.

Le Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux et, depuis le 1^{er} juillet 2002, aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires de l'assistance-emploi.

Le gouvernement du Québec

Conformément à des accords conclus avec la Régie, le gouvernement du Québec finance des programmes confiés principalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont ceux concernant :

- la rémunération des résidents en médecine ;
- les services hospitaliers rendus hors du Québec ;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique ;
- la rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de la santé publique ;
- l'aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- les médicaments fournis pour le traitement de maladies transmissibles sexuellement, pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose et à certaines personnes assurées atteintes de maladies graves ou chroniques.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent leur profession dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, c'est-à-dire :

- les paiements à l'acte pour les services assurés en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et de la Loi visant à favoriser le civisme;
- les salaires et les vacations pour les services assurés en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec le coût des services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Les autres sources

Diverses autres sources contribuent au financement de la Régie, principalement :

- le recouvrement, auprès des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;
- la vente de services informatiques et de saisie de données;
- le remplacement de cartes d'assurance maladie perdues;
- le remboursement des frais engagés pour des enquêtes.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant des primes versées par les ressortissants étrangers qui désirent bénéficier de l'assurance maladie, des sommes remboursées par les personnes non admissibles aux services assurés, de la location de places de stationnement, des intérêts bancaires et de créances, de la vente de biens et du remboursement de frais de recouvrement et de gestion de comptes.

SOURCES DE FINANCEMENT (en milliers de dollars)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Fonds des services de santé	3 215 211	3 800 560	3 941 088	4 295 030	3 532 025
Fonds de l'assurance médicaments	242 268	289 819	356 615	402 139	1 570 035
Gouvernement du Québec	185 992	208 303	237 022	216 892	244 175
Commission de la santé et de la sécurité du travail	57 490	62 363	62 545	65 350	73 421
Ententes réciproques avec les autres provinces	17 549	16 833	17 570	18 505	22 181
Autres	4 027	4 510	5 515	5 766	7 701
Total	3 722 537	4 382 388	4 620 355	5 003 682	5 449 538

LE COÛT DES PROGRAMMES

La Régie administre les programmes de services assurés qui sont déterminés par la Loi sur l'assurance maladie ainsi que le régime public d'assurance médicaments.

Elle administre aussi, pour le compte du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, des programmes qui lui sont confiés en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

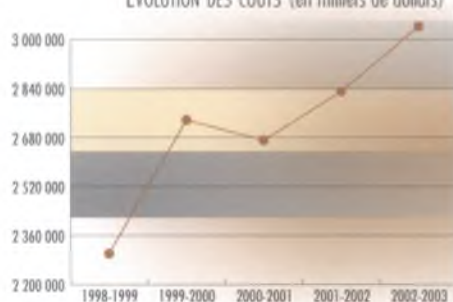
L'évolution du coût des programmes au cours des cinq dernières années est présentée selon la classification utilisée aux états financiers au moyen de tableaux illustrés de graphiques.

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Services médicaux	2 300 691	2 737 754	2 671 789	2 830 498	3 001 422
Médicaments et services pharmaceutiques	1 032 160	1 230 623	1 518 059	1 729 713	1 914 108
Services dentaires	94 502	97 153	81 844	80 432	130 574
Services hospitaliers	93 567	94 196	102 720	88 237	105 114
Aides techniques	71 733	75 610	83 436	90 615	101 611
Services d'aide domestique	8 023	19 890	31 108	37 189	41 263
Services optométriques	23 776	25 758	26 890	36 009	32 828
Autres	9 060	10 509	12 901	10 292	9 501
Total	3 633 512	4 291 493	4 528 747	4 902 985	5 336 421

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
SERVICES MÉDICAUX					
Régime d'assurance maladie	2 203 461	2 634 945	2 562 034	2 731 327	2 894 940
Rémunération à l'acte	1 820 968	2 173 993	1 957 201	2 047 646	2 166 155
Spécialistes	1 090 532	1 257 148	1 105 463	1 139 888	1 244 943
Omnipraticiens	657 450	841 128	774 215	829 223	835 969
Commission de la santé et de la sécurité du travail	49 935	54 249	52 822	55 007	62 262
Remboursements versés aux personnes assurées	14 135	12 473	15 826	14 178	14 004
Professionnels de la santé hors du Québec	8 916	8 995	8 875	9 350	8 977
Rémunération à salaire et à la vacation	300 447	289 919	267 658	273 114	278 461
Vacation et honoraires forfaitaires	212 843	208 119	183 217	187 708	189 690
Salaire et honoraires fixes	81 226	75 520	78 043	78 202	81 618
Commission de la santé et de la sécurité du travail	6 378	6 280	6 398	7 204	7 153
Rémunération mixte	0	72 856	258 949	356 289	399 346
Régime d'assurance maladie	—	72 234	256 732	353 392	396 232
Commission de la santé et de la sécurité du travail	—	622	2 217	2 897	3 114
Avantages prévus au régime	82 046	98 177	78 226	54 278	50 978
Mesures particulières	56 735	57 699	48 229	40 495	35 757
Assurance responsabilité professionnelle	25 311	40 478	29 997	13 783	15 221
Autres programmes	97 230	102 809	109 755	99 171	106 482
Rémunération des résidents en médecine	95 964	101 247	108 100	97 453	104 882
Soutien financier et victimes d'immunisation	1 216	1 267	1 268	1 298	1 275
Évaluation de l'état mental d'un accusé	—	189	238	308	325
Services assurés non disponibles au Québec	50	106	149	112	0
Total	2 300 691	2 737 754	2 671 789	2 830 498	3 001 422

ÉVOLUTION DES COÛTS (en milliers de dollars)



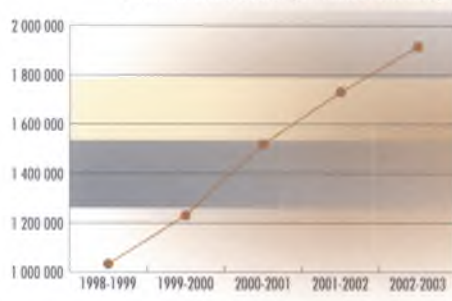
RÉPARTITION DES COÛTS POUR 2002-2003



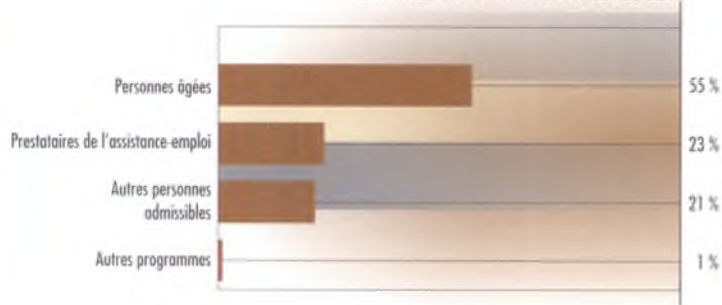
COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES					
Régime public d'assurance médicaments	1 029 786	1 228 075	1 515 438	1 726 180	1 908 037
Personnes âgées	561 197	660 260	818 193	943 460	1 054 425
de 65 ans ou plus	558 675	657 275	814 401	939 538	1 050 257
de 60 à 64 ans bénéficiaires d'une allocation de conjoint	2 522	2 985	3 792	3 922	4 168
Prestataires de l'assistance emploi	238 970	290 420	353 878	396 752	440 259
de moins de 65 ans	236 061	287 970	351 899	394 851	438 300
de 65 ans ou plus	2 909	2 450	1 979	1 901	1 959
Autres personnes admissibles au régime	229 619	277 395	343 367	385 968	413 353
Autres programmes	2 374	2 548	2 621	3 533	6 071
Patients d'exception	1 062	1 217	1 251	2 153	4 501
Surveillance et suivi de la consommation	217	138	125	111	115
Gratuité des médicaments pour :					
- les maladies transmissibles sexuellement	661	731	776	776	815
- la chimioprophylaxie et la tuberculose	330	364	324	315	443
Achats de places dans les résidences privées d'hébergement	104	98	145	178	197
Total	1 032 160	1 230 623	1 518 059	1 729 713	1 914 108

ÉVOLUTION DES COÛTS (en milliers de dollars)



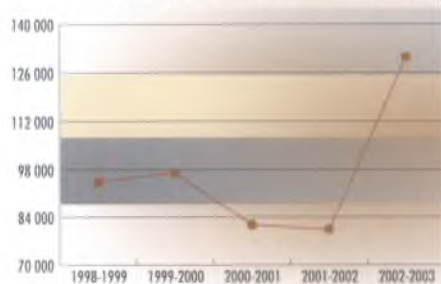
RÉPARTITION DES COÛTS POUR 2002-2003



COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
SERVICES DENTAIRES					
Régime d'assurance maladie	53 873	60 410	48 251	48 936	65 947
Personnes assurées	52 605	59 131	46 930	47 620	64 632
Enfants	48 580	55 002	42 852	42 607	59 543
Chirurgie buccale	4 025	4 129	4 078	5 013	5 089
Mesures incitatives	1 268	1 279	1 321	1 316	1 315
Assistance maladie	38 735	34 867	31 550	29 568	61 957
Prestataires de l'assistance emploi					
- 10 ans ou plus	31 999	29 063	26 386	24 804	57 425
- enfants	6 385	5 448	4 827	4 417	4 155
- chirurgie buccale	351	356	337	347	377
Autres programmes	1 894	1 876	2 043	1 928	2 670
Dentistes œuvrant dans une direction régionale de la santé publique	1 894	1 876	2 043	1 928	2 670
Total	94 502	97 153	81 844	80 432	130 574

ÉVOLUTION DES COÛTS (en milliers de dollars)



RÉPARTITION DES COÛTS POUR 2002-2003

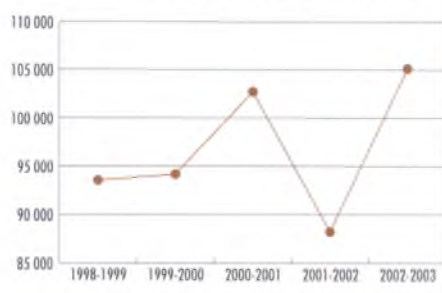


COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

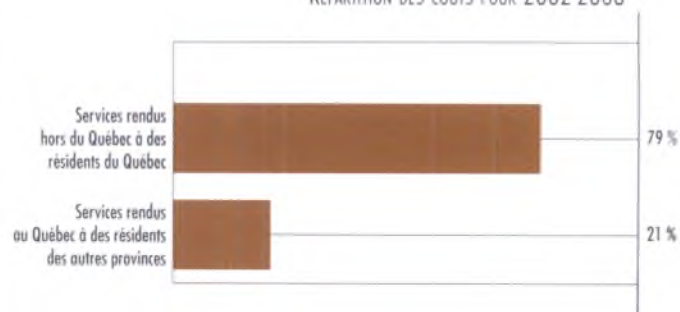
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
SERVICES HOSPITALIERS					
<i>Autres programmes</i>					
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	76 018	73 064	74 936	64 462	82 818
Ontario	55 409	52 524	56 360	47 486	62 502
Nouveau-Brunswick	12 701	11 159	13 464	10 114	11 625
Autres provinces	3 860	3 487	3 709	3 374	3 858
États-Unis	2 939	4 781	453 ¹	2 604	3 692
Autres pays	1 109	1 113	950	884	1 141
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	17 549	16 833	17 570	18 505	22 181
Ontario	9 092	9 175	10 006	9 953	11 871
Nouveau-Brunswick	4 031	4 186	4 258	4 854	6 555
Terre-Neuve	870	806	790	849	917
Autres provinces	3 556	2 666	2 516	2 849	2 838
Services de radio-oncologie rendus hors du Québec	—	4 299	10 214	5 270	115
Total	93 567	94 196	102 720	88 237	105 114

¹ Déduction faite d'une somme de 1 865 000 \$ représentant une correction de l'année 1999-2000.

ÉVOLUTION DES COÛTS (en milliers de dollars)



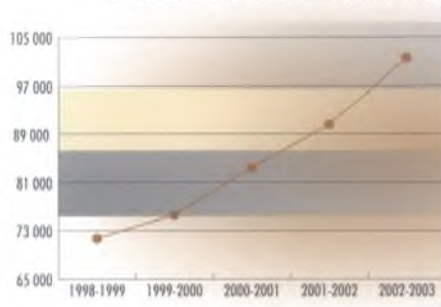
RÉPARTITION DES COÛTS POUR 2002-2003



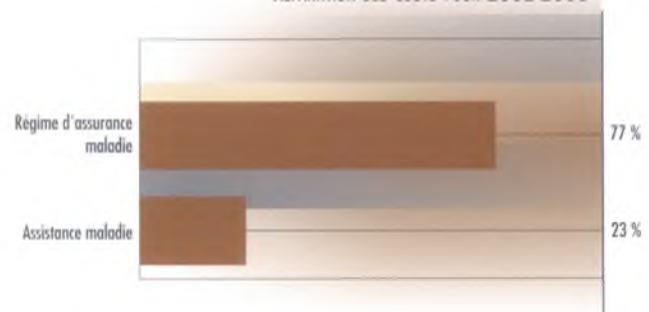
COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
AIDES TECHNIQUES					
Régime d'assurance maladie	54 762	59 090	65 399	72 278	77 922
Appareils suppléant à une déficience physique	37 051	36 811	40 673	47 071	51 891
Aides auditives	8 461	12 662	14 321	14 177	15 526
Appareils fournis aux stomisés permanents	5 206	5 236	5 377	6 183	5 591
Aides visuelles	2 393	2 949	3 347	3 164	3 299
Prothèses mammaires externes	1 364	1 147	1 403	1 392	1 303
Prothèses oculaires	287	285	278	291	312
Assistance maladie	16 971	16 520	18 037	18 337	23 689
Appareils suppléant à une déficience physique	9 094	8 497	9 663	9 993	11 173
Prothèses dentaires-Denturologistes	4 129	4 441	4 555	4 750	7 488
Prothèses dentaires-Dentistes	1 494	1 390	1 408	1 204	2 575
Aides auditives	944	835	892	972	1 110
Appareils fournis aux stomisés permanents	609	592	582	645	616
Aides visuelles	551	634	796	630	596
Prothèses mammaires externes	67	55	63	63	57
Prothèses oculaires	83	76	78	80	74
Total	71 733	75 610	83 436	90 615	101 611

ÉVOLUTION DES COÛTS (en milliers de dollars)



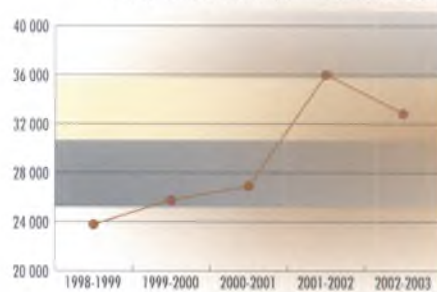
RÉPARTITION DES COÛTS POUR 2002-2003



COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
SERVICES OPTOMÉTRIQUES					
Régime d'assurance maladie					
Personnes assurées	18 928	21 219	22 542	31 449	28 160
Assistance maladie					
Prestataires de l'assistance emploi	3 534	3 191	3 020	3 040	3 101
Autres programmes					
Handicapés visuels	1 314	1 348	1 328	1 520	1 567
Total	23 776	25 758	26 890	36 009	32 828

ÉVOLUTION DES COÛTS (en milliers de dollars)



RÉPARTITION DES COÛTS POUR 2002-2003



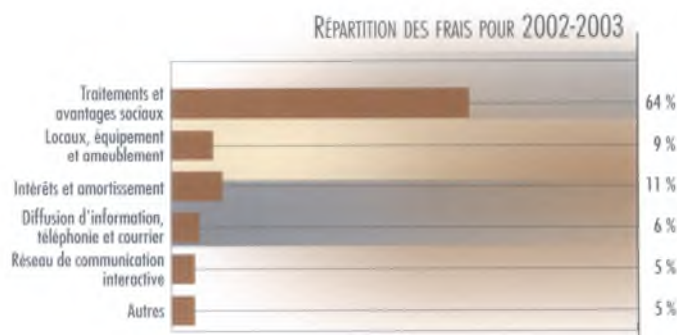
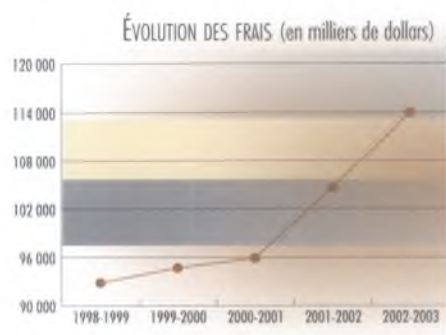
LES FRAIS D'ADMINISTRATION

La Régie encourt des frais pour l'administration du régime d'assurance maladie, du régime public d'assurance médicaments ainsi que pour tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

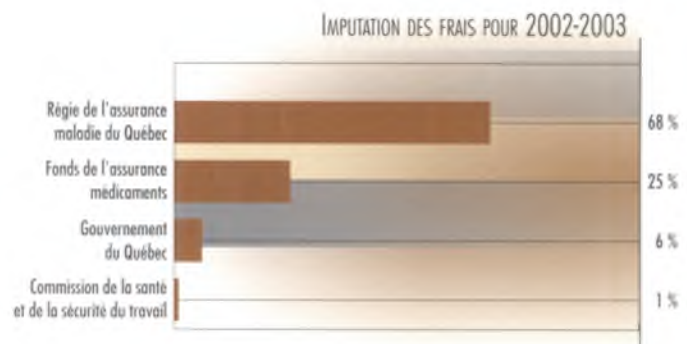
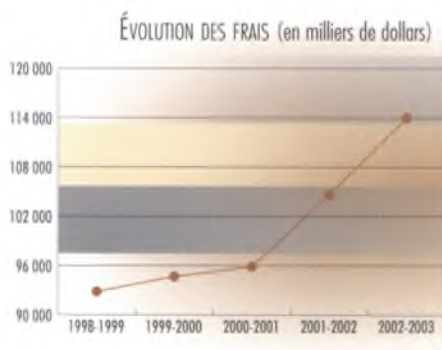
Le Fonds des services de santé contribue au remboursement de la plus grande partie de ces frais.

Les autres frais sont imputés au Fonds de l'assurance médicaments, au ministère de la Santé et des Services sociaux et à la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

RÉPARTITION DES FRAIS D'ADMINISTRATION					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Traitements et avantages sociaux	52 489	58 160	60 549	64 940	72 736
Intérêts et amortissement	8 508	9 625	10 379	11 321	12 457
Locaux, équipement et ameublement	8 307	8 457	9 008	11 261	10 533
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	5 456	5 098	5 549	6 028	6 472
Réseau de communication interactive	5 772	5 633	5 997	6 204	6 211
Autres	12 307	7 705	4 403	4 884	5 593
Total	92 839	94 678	95 885	104 638	114 002



IMPUTATION DES FRAIS D'ADMINISTRATION					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Régie de l'assurance maladie du Québec	74 318	75 862	75 748	80 864	77 893
Fonds de l'assurance médicaments	12 649	12 424	13 248	16 171	28 555
Gouvernement du Québec	4 720	5 182	5 630	6 216	6 199
Commission de la santé et de la sécurité du travail	1 152	1 210	1 259	1 387	1 355
Total	92 839	94 678	95 885	104 638	114 002



LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2002-2003

Un rappel de la Loi sur l'assurance médicaments et de son objectif

En vertu de l'article 2 de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01), le régime général d'assurance médicaments a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

Le caractère obligatoire de la couverture

Tous les résidents du Québec doivent détenir une couverture d'assurance médicaments offerte soit par un régime collectif privé, soit par le régime public administré par la Régie.

Les personnes couvertes par le secteur privé

Les personnes adultes ayant accès à un régime privé d'assurance médicaments doivent y souscrire pour elles-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint et leurs enfants. Tous les médicaments inscrits sur la *Liste de médicaments* doivent être couverts par les régimes privés.

Depuis le 1^{er} juillet 2002, en vertu d'une modification de la Loi, la coassurance ne peut dépasser 27,4 % du coût des médicaments, et la contribution maximale (franchise et coassurance) doit être d'au plus 822 \$ par adulte par année. Ce pourcentage et ce montant sont modifiés le 1^{er} juillet de chaque année selon les taux d'ajustement fixés par la Régie, qui doit tenir compte de certaines règles déterminées par règlement du gouvernement.

De plus, en vertu d'une nouvelle disposition de la Loi, une personne qui change de situation en cours d'année n'a pas à déboursier plus que la contribution maximale qui lui est applicable. Ainsi, lors d'un changement d'employeur, une personne doit entreprendre des démarches pour que le cumul de ses contributions soit transféré à son nouvel assureur.

L'inscription au régime public d'assurance médicaments

Les prestataires de l'assistance-emploi, les personnes de 65 ans ou plus (sauf celles qui en décident autrement) et les autres personnes adultes qui n'ont pas accès à un régime privé doivent être inscrites au régime public d'assurance médicaments.

Au 31 mars 2003, près de 1,8 million de personnes non couvertes par un régime privé s'étaient inscrites au régime public d'assurance médicaments à titre d'adhérents, auxquelles il faut ajouter environ 556 000 prestataires de l'assistance-emploi et 887 000 personnes de 65 ans ou plus. À propos de ces dernières, 46 736 d'entre elles ont décidé de maintenir leur adhésion à un régime privé.

La participation financière des personnes couvertes par le régime public

La prime annuelle

Les personnes inscrites à la Régie doivent payer une prime établie en fonction de leur revenu (maximum 403,50 \$ en 2002 et 422 \$ en 2003).

La contribution mensuelle

Lors de l'achat de médicaments, les personnes inscrites à la Régie doivent contribuer au paiement des médicaments et des services pharmaceutiques sous la forme d'une franchise et d'une coassurance, et ce, jusqu'à l'atteinte de leur contribution mensuelle maximale.

Le 1^{er} juillet 2002, les montants de franchise et de contribution maximale ainsi que les pourcentages de coassurance ont été modifiés pour certaines catégories d'assurés. Ainsi, la franchise est passée de 8,33 \$ à 9,13 \$ par mois et la coassurance, de 25 % à 27,4 % pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus. Toutefois, les prestataires de l'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi et les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent le SRG maximal n'ont pas eu d'augmentation. De plus, les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent au moins 94 % du SRG maximal ont vu leur franchise ramenée à 8,33 \$ et leur coassurance à 25 % le 1^{er} mars 2003.

En ce qui concerne la contribution maximale, elle a été fixée comme suit en fonction des différentes clientèles :

- 68,50 \$ par mois (822 \$ par année) pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus ne recevant aucun SRG;
- 45,67 \$ par mois (548 \$ par année) pour les personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du SRG maximal;
- 16,66 \$ par mois (200 \$ par année) pour les prestataires de l'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi et les personnes de 65 ans ou plus recevant au moins 94 % du SRG maximal.

Par ailleurs, le 1^{er} décembre 2002, le calcul de la contribution a été modifié pour tenir compte de deux situations d'achat anticipé de médicaments. Depuis ce temps, lorsqu'une ordonnance est renouvelée au cours d'un mois alors qu'elle aurait dû l'être le mois suivant, le renouvellement est considéré avoir eu lieu le mois suivant. Les montants de franchise et de coassurance du mois suivant sont alors appliqués. De la même façon, lorsqu'une ordonnance est exécutée pour une période supérieure à 31 jours, alors qu'elle aurait pu l'être pour une période plus courte, la personne assurée doit payer autant de franchise et de coassurance qu'il y a de mois visés par l'ordonnance.

La gratuité

Les enfants de moins de 18 ans inscrits à la Régie ne paient ni prime ni contribution à l'achat de médicaments à la pharmacie. Il en est de même pour les personnes atteintes d'une déficience fonctionnelle

survenue avant l'âge de 18 ans, pour les prestataires de l'assistance-emploi ayant des contraintes sévères à l'emploi ainsi que pour les étudiants à temps plein de 18 à 25 ans qui n'ont pas de conjoint.

Le financement mixte

Le régime général d'assurance médicaments couvre environ 3,2 millions de personnes dans sa partie publique, tandis que 4,2 millions de personnes sont couvertes par des régimes privés gérés par des assureurs ou par des administrateurs de régimes d'avantages sociaux.

La portion publique du régime est financée à même les crédits alloués à cet effet et les sommes perçues par le Fonds de l'assurance médicaments.

Les régimes privés doivent mettre en commun les risques découlant de l'application du régime général d'assurance médicaments. Pour ce faire, une approche de mutualisation avec des seuils de mise en commun établis en fonction de la taille du groupe a été retenue conformément à la Loi sur l'assurance médicaments pour les régimes privés d'assurance médicaments. Cette formule reconnaît un niveau de risque acceptable pour un groupe donné. L'étendue de la mutualisation a été fixée en fonction de la capacité d'un groupe à absorber une augmentation de prime.

Les modalités appliquées ont été communiquées au ministre et reconnues conformes aux dispositions de la Loi. Cette démarche assure que l'évolution des primes pour les régimes privés d'assurance médicaments se fera de façon raisonnable en faisant assumer, par chaque groupe d'assurés, une partie raisonnable des risques courus.

Une entente administrative

Une entente existe entre la Régie et le ministère du Revenu du Québec concernant les services rendus par le Ministère dans l'administration du régime d'assurance médicaments, à savoir la perception de la prime d'assurance médicaments et les activités connexes. Cette entente est entrée en vigueur le 17 novembre 2000, et son application est rétroactive au 1^{er} avril 1997 pour se terminer le 31 mars 2003. Les travaux pour sa reconduction ont déjà débuté.

Le Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments (FAM) sert à payer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux personnes assurées par la Régie, soit les personnes de 65 ans ou plus, les prestataires de l'assistance-emploi et les adhérents. Le coût des médicaments et des services pharmaceutiques pour les conjoints et les enfants de ces personnes est également pris à même ce fonds. Finalement, les frais d'administration pour la perception de la prime et la gestion du régime public sont prélevés du FAM.

Une des principales sources de revenu du FAM est la prime annuelle que doivent payer, en fonction de leur revenu, les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus. Cette prime est calculée et perçue par le ministère du Revenu au moment de la production de la déclaration de revenus de l'année civile visée. Comme il existe un décalage entre le moment où la prime est payée et celui où le FAM assume le coût des

médicaments et des services pharmaceutiques consommés par les personnes assurées, des avances de fonds sont consenties par le ministère des Finances pour pallier le déficit de liquidités du FAM. Un mécanisme permet d'ajuster la prime maximale, le 1^{er} juillet de chaque année, pour permettre le paiement des obligations rattachées au FAM.

Le financement du FAM est complété par le versement, par le ministre des Finances, de sommes permettant le paiement global des obligations prévues au Fonds. Ces sommes sont toutefois limitées aux coûts relatifs aux clientèles des personnes de 65 ans ou plus et des prestataires de l'assistance-emploi.

Le coût du régime public

Le coût brut des médicaments dispensés à l'ensemble des personnes assurées a atteint 2 382,1 millions de dollars au cours de l'année se terminant le 31 mars 2003, soit une hausse de 11,8 % par rapport à l'exercice précédent. Pour la même période, les contributions (franchise et coassurance) des personnes assurées se sont élevées à 455,7 millions de dollars, soit une hausse de 15,1 %. Le montant net des coûts du régime public d'assurance médicaments a augmenté de 11,0 % et se situe à 1 926,4 millions de dollars (recouvrement non inclus), soit 80,9 % du coût global.

L'évolution à la hausse du coût total du régime public se compare aux variations de coûts enregistrées dans les régimes privés canadiens et québécois et dans les autres régimes publics canadiens. Cette tendance s'est d'ailleurs fait sentir également aux États-Unis et en Europe.

COÛT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS D'AVRIL 2002 À MARS 2003¹

	NOMBRE	COÛT	PART ASSUMÉE		CONTRIBUTION	
	DE PARTICIPANTS ²	TOTAL	PAR LE RÉGIME		DES PERSONNES	
					ASSURÉES	
		M\$	M\$	%	M\$	%
Prestataires de l'assistance-emploi						
Adultes ³	313 942	444,9	429,3	96,5	15,6	3,5
Enfants de moins de 18 ans	93 121	15,1	15,1	100,0	—	—
Étudiants de 18 à 25 ans	5 383	1,5	1,5	100,0	—	—
Total partiel	412 446	461,5	445,9⁴	96,6	15,6	3,4
Personnes de 65 ans ou plus						
SRG ⁵ maximum	41 536	78,4	71,7	91,5	6,7	8,5
SRG partiel	351 614	616,4	493,1	80,0	123,2	20,0
Non SRG	439 153	647,8	484,4	74,8	163,4	25,2
Total partiel	832 303	1 342,6	1 049,2⁴	78,1	293,3	21,9
Adhérents						
Adultes	858 521	524,2	377,7	72,1	146,5	27,9
Enfants de moins de 18 ans et personnes à charge handicapées	234 920	36,4	36,4	100,0	—	—
Étudiants de 18 à 25 ans	44 482	11,2	11,2	100,0	—	—
Total partiel	1 137 923	571,8	425,3⁴	74,4	146,5	25,6
Personnes admissibles à des programmes particuliers⁶						
		6,3	6,0	95,2	0,3	4,8
Total global	2 382 672	2 382,2	1 926,4	80,9	455,8	19,1

1 Les données de ce tableau ne prennent pas en compte le recouvrement fait auprès des personnes ou des compagnies pharmaceutiques.

2 Un participant est une personne inscrite au régime public d'assurance médicaments qui s'est procuré un médicament sous ordonnance au moins une fois durant l'exercice 2002-2003.

3 Y compris les personnes de 60 à 64 ans bénéficiaires d'une allocation de conjoint.

4 Le Fonds de l'assurance médicaments assume le coût des médicaments et des services pharmaceutiques pour les adhérents et, depuis le 1^{er} juillet 2002, pour les prestataires de l'assistance-emploi et les personnes de 65 ans ou plus.

5 Supplément de revenu garanti.

6 Programmes confiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment les programmes de patients d'exception et de gratuité des médicaments pour les MTS, la chimio-prophylaxie et la tuberculose.

ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2003

Responsabilité de la direction à l'égard de l'information financière

Le Fonds de l'assurance médicaments est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. La direction de la Régie est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers du Fonds, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et respectant les principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport d'activité est conforme à celle contenue dans les états financiers.

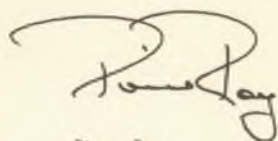
La direction maintient un système de contrôles comptables internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que l'actif est convenablement protégé et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations du Fonds.

Le conseil d'administration de la Régie est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers du Fonds ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification de la Régie.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires du Fonds conformément aux lois et règlements qui régissent ces deux entités.

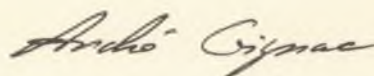
Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers du Fonds conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,



Pierre Roy

Le directeur du budget et
des ressources financières,



André Gignac

Québec, le 27 mai 2003

Rapport du vérificateur

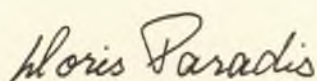
À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan du Fonds de l'assurance médicaments au 31 mars 2003 et les états des opérations et du déficit de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Fonds au 31 mars 2003 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

La vérificatrice générale par intérim,



Doris Paradis, CA

Québec, le 27 mai 2003

Opérations
Exercice terminé le 31 mars

	2003	2002
	(en milliers de dollars)	
Revenus		
Contribution du Fonds consolidé du revenu	1 050 842	—
Primes — adhérents et personnes de 65 ans ou plus (note 3)	524 759	436 421
Compensation du gouvernement du Québec (note 4)	10 000	10 000
	1 585 601	446 421
Dépenses		
Contributions à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux :		
personnes de 65 ans ou plus	795 285	—
adhérents	413 353	385 968
prestataires de l'assistance-emploi	332 842	—
Frais d'administration		
Régie de l'assurance maladie du Québec (note 5)	28 555	16 171
Intérêts sur emprunt	10 828	13 322
Perception des primes par le ministère du Revenu du Québec	4 738	2 572
	1 585 601	418 033
Revenu net	—	28 388

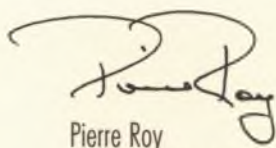
Déficit
Exercice terminé le 31 mars

	2003	2002
	(en milliers de dollars)	
Déficit au début	(32 110)	(60 498)
Remboursement du déficit au 31 mars 2002 par le Fonds consolidé du revenu	32 110	—
Revenu net de l'exercice	—	28 388
Déficit à la fin	—	(32 110)

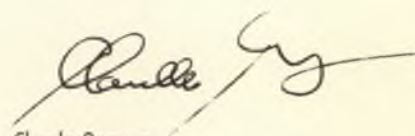
Bilan au 31 mars

	2003	2002
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme (note 6)		
Primes à recevoir	533 976	482 070
Passif		
À court terme (note 6)		
DO à la Régie de l'assurance maladie du Québec	96 365	74 172
DO au ministère du Revenu du Québec	249	84
Intérêts courus	1 164	882
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 7)	436 198	439 042
	533 976	514 180
Déficit du Fonds	—	(32 110)
	533 976	482 070

Pour le Fonds,



Pierre Roy
Président-directeur général



Claude Gagnon
Membre du conseil d'administration

Notes complémentaires

31 mars 2003

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. CONSTITUTION, OBJET ET FINANCEMENT

Le Fonds de l'assurance médicaments a été institué en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5). Il a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux, y compris, depuis le 1^{er} juillet 2002, aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires de l'assistance-emploi.

En effet, depuis cette date, le Fonds assume les coûts de l'ensemble des assurés du régime public d'assurance médicaments.

Il est constitué des primes déterminées en fonction du revenu gagné au cours de l'année civile par toute personne, peu importe son âge, ne bénéficiant pas des garanties prévues en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux.

Par contre, des exonérations de primes sont prévues dans la Loi pour certaines catégories de personnes telles que les enfants et les prestataires de l'assistance-emploi.

Depuis le 1^{er} juillet 2002, le Fonds consolide le revenu verse des contributions pour équilibrer les revenus et les dépenses. Elles ne peuvent pas excéder le total des contributions et des frais d'administration remboursés à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les personnes de 65 ans ou plus et les prestataires de l'assistance-emploi.

Le Fonds est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et ses modes de gestion, de financement et d'opération sont stipulés dans sa loi constitutive. Selon cette loi, l'ensemble des sommes versées au Fonds doit permettre à long terme le paiement de ses obligations.

2. CONVENTIONS COMPTABLES

Les états financiers du Fonds sont préparés par la direction selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Ils comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice.

Primes

La valeur estimative des primes est inscrite aux revenus en proportion de la période de couverture d'assurance écoulee au 31 mars.

Cette estimation est établie en fonction des revenus de primes réels observés au cours de l'année civile antérieure et de l'évolution du nombre de personnes assurées.

Les ajustements entre la valeur estimative des primes et leur valeur réelle sont comptabilisés au cours de l'exercice où ils sont connus.

3. REVENUS DE PRIMES

L'ajustement entre la valeur réelle des primes pour l'année civile 2001 et leur valeur estimative a eu pour effet d'augmenter les revenus de primes de 42,9 millions (2002 : augmentation de 16,1 M\$).

L'estimation des primes se répartit comme suit :

	2003	2002
Adhérents	287 043	244 396
Personnes de 65 ans ou plus	237 716	192 025
	524 759	436 421

4. COMPENSATION DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Le ministère de la Santé et des Services sociaux verse cette compensation pour la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments.

5. FRAIS D'ADMINISTRATION

Les frais d'administration imputés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour toute personne adhérente qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux ainsi que pour les personnes de 65 ans ou plus et les prestataires de l'assistance-emploi sont indiqués ci-dessous :

	2003		2002	
	ADHÉRENTS	AUTRES CLIENTÈLES		
Traitements et avantages sociaux	7 376	7 922	15 298	6 993
Réseau de communication interactive	1 366	4 845	6 211	6 204
Systèmes administratifs et technologies de l'information	1 597	2 614	4 211	2 273
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	781	839	1 620	278
Loyer, entretien et électricité	580	635	1 215	423
	11 700	16 855	28 555	16 171

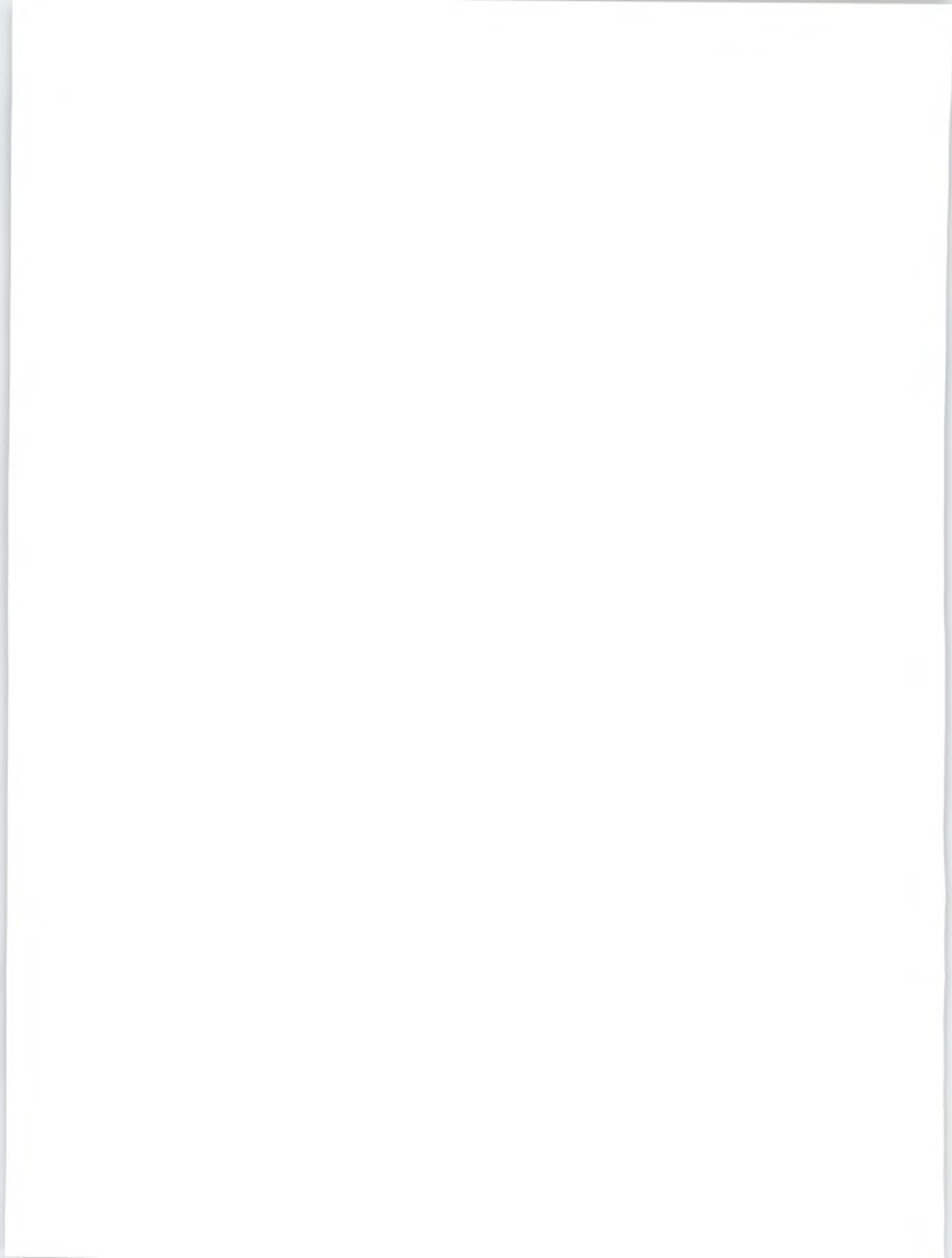
6. INSTRUMENTS FINANCIERS

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée.

7. EMPRUNT SUR BILLET DU FONDS DE FINANCEMENT DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

	2003	2002
Emprunt sur billet, d'un maximum de 450 M\$, à taux variable selon la moyenne des taux des acceptations bancaires majorée de 0,3 %, sans modalités de remboursement. Le taux au 31 mars 2003 s'élève à 3,43 % (2002 : 2,45 %).	436 198	439 042

ANNEXES



LES LOIS ET RÈGLEMENTS AUXQUELS LA RÉGIE EST ASSUJETTIE

Lois et règlements pour l'administration et l'application du régime d'assurance maladie et de tout autre programme que la loi ou le gouvernement confie à la Régie

- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5);
- Règlements relatifs à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec :
 - Règlement (de la Régie) sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication (c. R-5, r. 0.1 : décret 534-95 du 12 avril 1995);
 - Règlement (gouvernemental) sur les cotisations au régime d'assurance maladie du Québec (c. R-5, r. 1 : décret 1931-86 du 16 décembre 1986);
 - Règlement (gouvernemental) sur les cotisations au régime général d'assurance médicaments (c. R-5, r. 1.1 : décret 1454-99 du 15 décembre 1999);
 - Règlement (de la Régie) de régie interne de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. R-5, r. 4 : décret 125-84 du 18 janvier 1984);
- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29);
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance maladie :
 - Règlement (gouvernemental) sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. A-29, r. 0.01 : décret 1470-92 du 30 septembre 1992);
 - Règlement (gouvernemental) sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r. 0.02 : décret 869-93 du 16 juin 1993);
 - Règlement (gouvernemental) sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r. 0.02.1 : décret 1403-96 du 13 novembre 1996);
 - Règlement (gouvernemental) sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r. 0.03 : décret 612-94 du 27 avril 1994);
 - Règlement (gouvernemental) sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives (c. A-29, r. 0.1 : décret 609-90 du 2 mai 1990);
 - Règlement (gouvernemental) d'application de la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., c. A-29, r. 1);
 - Règlement (de la Régie) sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., c. A-29, r. 2);

- Rémunération différente — Liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (c. A-29, r. 3.4 : arrêté ministériel 96-07 du 28 novembre 1996) ;
- Rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice (c. A-29, r. 4 : décret 1781-93 du 8 décembre 1993) ;
- Désignation de centres de dépistage du cancer du sein (c. A-29 : arrêté ministériel 1997 du 16 décembre 1997) ;
- Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01) ;
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance médicaments :
 - Règlement concernant la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01 : arrêté ministériel 1999-014 du 29 septembre 1999) ;
 - Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments (c. A-29.01, r. 1.1 : arrêté ministériel 1992 du 6 juillet 1992) ;
 - Règlement sur le régime d'assurance médicaments (c. A-29.01, r. 2 : décret 1519-96 du 4 décembre 1996).

Lois et règlements pour l'octroi des contrats

- Loi sur l'administration financière (L.R.Q., c. A-6 ; 2000, c. 15) :
 - Règlement sur les contrats d'approvisionnement, de construction et de services des ministères et des organismes publics (c. A-6 : décret 961-2000 du 16 août 2000) ;
- Loi sur l'administration publique (L.Q. 2000, c.8) ;
- Loi sur les services gouvernementaux aux ministères et organismes publics (L.R.Q., c. S-6.1).

Lois et règlements d'application générale

À titre d'exemples :

- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (c. M-30 : décret 824-98 du 17 juin 1998) :
- Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie (adopté par le conseil d'administration de la Régie le 13 octobre 1999) ;

- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1);
- Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28) :
 - Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (R.R.Q., c. A-28, r. 1).

LES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE

A PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT
Services médicaux		
— déterminés par la loi	1 ^{er} novembre 1970	Fonds des services de santé
— pour toutes les personnes assurées		
— pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1 ^{er} février 1986	CSST ¹
Services optométriques		
— déterminés par règlement	1 ^{er} novembre 1970	Fonds des services de santé
— pour les personnes assurées de moins de 18 ans et celles de 65 ans ou plus	26 mai 1993	
— pour les prestataires de l'assistance-emploi	15 mai 1992	
— pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur le soutien du revenu ²	1 ^{er} octobre 1975	
— pour toutes les personnes assurées : examen partiel de la vision	9 septembre 1992	
— pour les personnes assurées de 16 ans ou moins : examen d'orthoptique	1 ^{er} mars 1985	
Services de chirurgie buccale		
— déterminés par règlement	1 ^{er} novembre 1970	Fonds des services de santé
— pour toutes les personnes assurées		
Services dentaires		
— déterminés par règlement	1 ^{er} mai 1974	Fonds des services de santé
— pour les enfants		
— pour les prestataires de l'assistance-emploi	4 avril 1979	
Médicaments et services pharmaceutiques		
— déterminés par règlement	1 ^{er} août 1972	Fonds des services de santé
— inscrits sur la <i>Liste de médicaments</i>		jusqu'au 30 juin 2002
— pour les prestataires de l'assistance-emploi		Fonds de l'assurance
— pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur le soutien du revenu	1 ^{er} octobre 1975	médicaments depuis le 1 ^{er} juillet 2002
— pour les personnes de 65 ans ou plus qui n'adhèrent pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle ou qui ne sont pas bénéficiaires d'un tel contrat ou d'un tel régime	1 ^{er} janvier 1997	

¹ Commission de la santé et de la sécurité du travail

² Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale (1998, c. 36)

A PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (suite)

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT
pour toute personne qui n'adhère pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, ou de toute autre occupation habituelle ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire	1 ^{er} janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
Appareils suppléant à une déficience physique - déterminés par règlement - pour toutes les personnes ayant une déficience physique, selon les conditions prévues par le règlement	1 ^{er} juillet 1975	Fonds des services de santé
Aides visuelles - déterminées par règlement - pour les personnes aveugles et celles qui ont une basse vision, et qui sont incapables à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement familier	30 novembre 1977	Fonds des services de santé
Aides auditives et aides de suppléance à l'audition - déterminées par règlement - pour toutes les personnes ayant une déficience auditive, selon les conditions prévues par le règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
Bourses de recherche - déterminées par règlement - pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
Bourses d'études - déterminées par règlement - pour des étudiants en médecine, contre engagement à fournir, dès la fin de leur formation médicale, des services assurés dans un territoire désigné par le ministre - pour les résidents en médecine familiale	11 juin 1975 20 novembre 1985	Fonds des services de santé

B PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2
DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS ³
Prothèses mammaires externes pour les femmes ayant subi une mastectomie totale ou radicale, ou ayant une absence totale de formation du sein			
— versement tous les deux ans du montant forfaitaire pour compenser le coût lié à l'achat ou au remplacement d'une prothèse mammaire	1 ^{er} janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord MSSS ⁴ -RAMQ ⁵ Décret 1177-96
— remboursement tous les deux ans du coût excédant le montant forfaitaire aux prestataires de l'assistance-emploi	1 ^{er} mars 1993		Accord MESS ⁶ -RAMQ Décret 1187-96
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	MSSS	Accord MSSS-RAMQ AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les personnes assurées ayant besoin d'un œil artificiel			
— allocation pour l'achat ou le remplacement d'une prothèse, et montant forfaitaire pour son entretien et sa réparation	1 ^{er} avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1272-98
— remboursement du coût lié à l'achat, au remplacement ou à l'entretien qui excède l'allocation maximale pour les prestataires de l'assistance-emploi	1 ^{er} mars 1993		Accord MESS-RAMQ Décret 1273-98
Appareils fournis aux stomisés permanents			
— remboursement d'un montant compensatoire annuel à toutes les personnes assurées	1 ^{er} avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1383-91
— remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires de l'assistance-emploi			Accord MESS-RAMQ Décret 430-96
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes, domiciliés dans une autre province	1 ^{er} octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord MSSS-RAMQ Décret 1405-87

³ Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2003.

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux

⁵ Régie de l'assurance maladie du Québec

⁶ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

**PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2
DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (suite)**

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS ⁷
Prothèses dentaires acryliques fournies par les denturologistes pour les prestataires de l'assistance-emploi	9 avril 1979	Fonds des services de santé	Accord MESS-RAMQ Décret 427-96
Services optométriques fournis aux personnes ayant une déficience visuelle — âgées de 18 ans ou plus, et de moins de 65 ans — inscrites dans un centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle	15 mai 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1225-99
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1146-87
Patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques, auxquels sont fournis des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la <i>Liste de médicaments</i>	1 ^{er} janvier 1983	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 2678-83 Décret 971-96
Médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes atteintes de maladies transmissibles sexuellement	1 ^{er} avril 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 972-96
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1 ^{er} septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1053-90
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant versé une prime en vertu d'un accord avec le ministre de la Santé et des Services sociaux	1 ^{er} novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord MSSS-RAMQ Décret 2547-82 Décret 608-83 Décret 474-95
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la Loi sur le soutien du revenu (1998, c. 36)	1 ^{er} mai 1989	MESS	Accord MESS-RAMQ Décret 435-91
Rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public	15 avril 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1296-92
Rémunération du médecin pour le prélèvement sanguin et la rédaction du certificat, prévus par le Code criminel	1 ^{er} septembre 1990	Fonds des services de santé	Accord MSP ⁸ -RAMQ Décret 144-91

⁷ Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2003.

⁸ Ministère de la Sécurité publique

B PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2
DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (suite)

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS ⁹
Rémunération des professionnels de la santé pour les biens et les services rendus en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels	1 ^{er} janvier 1981	CSST	Accord RAMQ-CSST Décret 3246-81
Médicaments et services pharmaceutiques dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et dans les établissements privés non conventionnés — pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	1 ^{er} février 1994	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1187-97
Rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	1 ^{er} avril 1996	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 848-96
Médicaments et services pharmaceutiques pour la chimioprophylaxie et pour le traitement de la tuberculose	17 février 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 98-97
Rémunération des optométristes travaillant dans les centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle	1 ^{er} janvier 1997	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 749-97
Rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec	1 ^{er} avril 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 377-99
Services de radio-oncologie assurés rendus hors du Québec	1 ^{er} juin 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1000-99
La Régie administre aussi des programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services.			
Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	1 ^{er} mai 1988	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par la Loi sur l'assurance-hospitalisation	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord MSSS-RAMQ Décret 609-83

⁹ Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2003.

B PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2
DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (suite)

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS ¹⁰
Rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires de l'assistance-emploi	1 ^{er} février 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-MESS-RAMQ Décret 1233-91
Rémunération des médecins de la Corporation d'Urgences-santé du Montréal métropolitain assignés à témoigner	1 ^{er} mai 1990	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 407-90
Rémunération des médecins pour leur présence à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	18 décembre 1991 (médecins spécialistes) 16 juin 1992 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1610-92
Rémunération des médecins exerçant à titre de médecin-conseil ou de coordonnateur des services préhospitaliers auprès des régies régionales de la santé et des services sociaux ou à titre de membre d'une commission médicale régionale	1 ^{er} octobre 1995 (médecins spécialistes) 1 ^{er} janvier 1995 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1189-97
Exonération financière pour les services d'aide domestique	1 ^{er} septembre 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 925-99
Aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC)	28 juin 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 863-99 Décret 998-2001
Évaluation de la satisfaction des usagers des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	10 septembre 2002	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 665-2002

¹⁰ Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2003.

C FONCTIONS DÉLÉGUÉES À LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

FONCTIONS	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS ¹¹
Contribution financière des adultes hébergés	1 ^{er} septembre 1997	MSSS	Ententes MSSS-RAMQ et MESS- RAMQ Décret 520-99
Contribution des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire	1 ^{er} avril 2001	MSSS	Entente MSSS-RAMQ Décret 341-2001

¹¹ Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2003.

LA MISSION

CONTRIBUER À MAINTENIR
ET À AMÉLIORER L'ÉTAT
DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DES
QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS

LES ENJEUX

La qualité des services dispensés par la RAMQ

La pérennité de notre système
de santé et de services sociaux

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Mettre la satisfaction de la clientèle au
centre des préoccupations de la RAMQ

Favoriser les échanges d'information
sécurisés et en assurer l'accès dans le
respect des règles de protection des
renseignements personnels

LES AXES D'INTERVENTION

1

Des services de qualité, accessibles et
adaptés aux besoins de la clientèle

2

Le développement de services informationnels
à titre de contribution au système de santé et
de services sociaux

LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

- 1.1. D'ici 3 ans, augmenter d'au moins 5 % le taux général de satisfaction de la clientèle
- 1.2. D'ici 3 ans, améliorer de 10 % des délais de prise en charge de services à la clientèle en relation avec la déclaration de services aux citoyens publiée en avril 2001
- 1.3. Améliorer la qualité des services offerts par les collaborateurs de la RAMQ, sur l'ensemble du territoire, pour l'obtention de la carte d'assurance maladie

- 2.1. D'ici 3 ans, accroître de 15 % le taux d'utilisation de l'actif informationnel de la RAMQ

La pérennité de notre système
de santé et de services sociaux

La gestion performante des ressources humaines et des ressources
en technologies de l'information et des télécommunications

Valoriser la contribution de la RAMQ dans
le secteur de la santé et des services
sociaux en s'appuyant sur ses compétences
distinctives et complémentaires

Moderniser le cadre de gestion de la RAMQ pour soutenir l'amélioration des
services aux citoyens

3

Un partenariat renforcé au sein du
secteur de la santé et des services
sociaux

4

Une capitalisation sur les possibilités
offertes par les technologies
de l'information et des
télécommunications

5

Un milieu de travail mobilisateur,
ouvert aux aspirations et offrant
des défis

3.1. D'ici 3 ans, rendre disponible à au
moins 80 % de la population
québécoise, sur l'ensemble du
territoire, la carte d'assurance santé
à microprocesseur en remplacement
de la carte d'assurance maladie
actuelle

3.2. Positionner la RAMQ comme
partenaire principal dans la mise en
place des nouvelles technologies de
l'information propres à contribuer à
la modernisation du réseau de la
santé et des services sociaux

3.3. D'ici 3 ans, conclure au moins
3 ententes de partenariat
contribuant à soutenir les efforts
d'amélioration des services offerts
à la population

4.1. Donner la priorité à la
modernisation des systèmes
et des infrastructures les plus
critiques

4.2. Accentuer la mise en place des
services en ligne adaptés aux
besoins de la clientèle; en
particulier, d'ici 1 an, réaliser
les premiers services en ligne
dans d'autres secteurs
d'activité de la RAMQ

5.1. D'ici 2 ans, avoir mis en place
un plan de reconnaissance pour
favoriser l'excellence et la
performance

5.2. D'ici 2 ans, allouer au moins
3 % de la masse salariale au
développement des ressources
humaines

5.3. Dès 2001, donner la priorité
au développement et à
l'amélioration des mécanismes
favorisant la consultation,
l'information ainsi que la
participation du personnel
aux affaires de la RAMQ

LES RECOURS EN CAS D'INSATISFACTION

Le personnel de la Régie a le souci de fournir des services de qualité. L'amélioration des services s'inscrit dans une démarche continue et se traduit par une recherche permanente de nouveaux moyens de mieux faire.

Des recours pour les personnes assurées

Si une personne assurée est insatisfaite, elle dispose de différents recours :

- elle peut demander à s'adresser au supérieur immédiat de l'employé qui lui a répondu. Si la Régie a commis une erreur ou une faute, elle s'efforcera d'y remédier de façon équitable;
- si la personne est en désaccord avec une décision de la Régie, elle peut, dans un délai de six mois, demander la révision de son dossier;
- elle peut porter plainte auprès de la commissaire aux plaintes des personnes assurées.

Le rôle de la commissaire est de défendre les intérêts de la personne assurée devant l'administration de la Régie et de voir à ce qu'elle obtienne les services auxquels elle a droit. La personne lui expose alors les faits par téléphone ou par écrit et lui transmet, s'il y a lieu, les renseignements et les documents nécessaires à l'étude de sa plainte.

La commissaire traite généralement la plainte dans un délai de trois jours. Au besoin, elle avise la personne si un délai supplémentaire lui est nécessaire.

On peut communiquer de diverses façons avec la commissaire aux plaintes des personnes assurées :

Par téléphone

À Québec : (418) 682-5145

Ailleurs (sans frais) : 1 888 899-2121

Par télécopieur

(418) 646-1962

Par la poste

Commissaire aux plaintes des personnes assurées

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

Par courriel

commissaire.plaintes@ramq.gouv.qc.ca

- si la personne n'obtient toujours pas satisfaction, elle peut s'adresser au Protecteur du citoyen. Cet organisme étudie les plaintes de la population de façon neutre et sans préjugés. Il interviendra auprès de la

Régie pour l'inviter à corriger toute erreur ou injustice qu'il aura pu constater. On peut lui présenter une plainte en écrivant à l'adresse suivante :

Protecteur du citoyen
525, boulevard René-Lévesque Est, bureau 1.25
Québec (Québec) G1R 5Y4

Des recours pour les professionnels de la santé

En cas d'insatisfaction, le professionnel de la santé peut communiquer avec un préposé de la Régie. Si la réponse obtenue ne le satisfait pas, il peut porter sa plainte à l'attention du directeur des services à la clientèle professionnelle, en lui écrivant à l'adresse suivante :

Directeur des services à la clientèle professionnelle
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Si le professionnel demeure insatisfait du traitement de sa plainte, il peut s'adresser à l'association professionnelle dont il est membre. Les représentants de cette dernière et ceux de la Régie s'efforceront de trouver ensemble une solution au problème.

Les recours dont dispose le professionnel qui désire contester une décision de la Régie sont prévus par entente négociée entre l'association professionnelle dont il est membre et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie a été adopté le 13 octobre 1999.

1. LES VALEURS FONDAMENTALES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Diverses valeurs fondamentales guident les actions et les décisions des membres du conseil d'administration dans la façon de gérer les relations que la Régie doit entretenir avec les citoyens, les personnes assurées, les professionnels de la santé, les dispensateurs de services, ses employés et ses divers partenaires. Agir avec intégrité signifie agir de façon conforme à ces valeurs fondamentales, en tenant compte des circonstances.

Qualité du service

Les membres du conseil s'appliquent, par leurs décisions, à favoriser un service de qualité aux divers clients de la Régie (personnes assurées, professionnels, dispensateurs de services, partenaires), au meilleur coût possible et dans des délais raisonnables. De plus, ils visent à ce que l'organisation puisse garantir l'exactitude des données, élément essentiel pour mener à bien sa mission.

Ils tendent également, par leurs décisions, à encourager le traitement courtois et équitable des citoyens, des professionnels, des dispensateurs de services, des employés et des partenaires de la Régie.

Efficacité et efficience

Les membres du conseil visent à assurer, par leurs décisions, l'utilisation optimale des ressources humaines, financières et techniques de la Régie en vue de la réalisation de sa mission. Ils visent également à assurer une efficacité optimale du conseil d'administration lui-même, par leur assiduité et par la qualité de leur participation.

La contribution des membres aux réunions du conseil et, par conséquent, à la réalisation de la mission de la Régie est déterminante. Afin de prendre part efficacement aux travaux du conseil, les membres veillent à être assidus aux réunions, à s'y préparer adéquatement et à participer aux débats au mieux de leur compétence.

La contribution des membres aux travaux du conseil se fait dans le respect du droit et avec loyauté, prudence et diligence. Les membres demandent au président tout renseignement qu'ils jugent utile au sujet des activités de la Régie afin de s'acquitter efficacement de leur mandat. Ils favorisent aussi la collaboration, entre eux et avec le président-directeur général de la Régie.

Afin de faciliter la discussion et la prise de décision au conseil, chacun voit à observer la plus grande discrétion quant aux discussions qui y ont cours.

Respect des personnes et protection des renseignements personnels

Dans le cadre de sa mission, la Régie gère de grandes quantités de données, tant sur l'ensemble de la population que sur les dispensateurs de soins de santé et d'autres services, ainsi que sur les services pour lesquels les dispensateurs sont rémunérés. Ce rôle s'avère crucial, non seulement pour la Régie elle-même, dans l'accomplissement de sa mission, mais aussi pour la gestion du système de santé dans son ensemble.

Tout en visant à répondre efficacement aux besoins d'information et à rendre l'information accessible aux personnes et aux organismes qui y ont droit, la Régie a pour priorité d'assurer la protection de la confidentialité des renseignements personnels qu'elle administre. Cette préoccupation est constante et les membres du conseil reconnaissent qu'il s'agit là d'un élément essentiel permettant de garantir le respect des personnes, l'intégrité de la Régie à titre d'organisme public et la préservation du lien de confiance qui l'unit aux citoyens québécois.

Par ailleurs, les membres veillent à agir avec impartialité et équité. Dans leurs discussions et leurs décisions, ils s'assurent de ne manifester ni préférence ni parti pris, et d'éviter toute discrimination illicite fondée sur les motifs énoncés dans la Charte des droits et libertés de la personne.

Honnêteté et désintéressement

Les membres du conseil s'appliquent à exercer leurs fonctions et à prendre leurs décisions dans l'intérêt du public, tout en tenant compte des contraintes matérielles et financières existantes. Ils s'abstiennent de se laisser influencer par des considérations extérieures et évitent de se placer dans une situation où ils pourraient être portés à préférer leur intérêt personnel ou celui de leurs proches à l'intérêt de la Régie ou du public, qu'il s'agisse d'une situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel.

L'apparence de conflit d'intérêts peut être tout aussi dommageable à la crédibilité de la Régie et des membres en cause qu'une situation de conflit réel. Afin de préserver la confiance du public dans la Régie, il importe également que les membres ne se placent pas dans des situations où une apparence de conflit d'intérêts serait de nature à jeter un doute raisonnable sur leur capacité de s'acquitter correctement de leurs fonctions.

Pour faciliter l'application de ce principe et préserver l'intégrité et la réputation de la Régie ainsi que de ses membres, des règles précises sont présentées à la section 2.

Reddition de comptes

La Régie est un organisme public et, à ce titre, les membres du conseil reconnaissent qu'ils doivent rendre compte de leurs décisions au gouvernement ainsi qu'au public en général. Ils reconnaissent aussi qu'ils doivent être en mesure de justifier la conduite qu'ils adoptent dans l'exercice de leurs fonctions et de faire preuve de transparence.

2. RÈGLES EN MATIÈRE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Détermination de situations de conflit d'intérêts

Il incombe aux membres du conseil de prendre les mesures nécessaires pour éviter les situations de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent et d'organiser leurs affaires personnelles en conséquence. Lorsqu'une telle situation survient en dehors de leur volonté, ils doivent la divulguer immédiatement et y remédier sans tarder.

Ainsi, les membres du conseil doivent s'assurer de n'avoir dans aucune entreprise un intérêt direct ou indirect qui pourrait placer leur intérêt personnel en conflit avec celui de la Régie, sous peine de déchéance de charge. Il est toutefois permis aux membres de recevoir des honoraires pour des soins professionnels prodigués dans l'exercice de leurs fonctions.

Lorsqu'ils se retrouvent en conflit d'intérêts en raison d'une succession ou d'une donation, les membres doivent y renoncer ou en disposer avec diligence. Ils ne peuvent, dans le but de contourner les présentes règles, ni vendre ni céder les biens litigieux à des personnes avec lesquelles ils ont un lien de dépendance ou à un membre de leur famille.

Advenant que le président se trouve dans une situation présentant un risque réel ou potentiel de conflit d'intérêts parce qu'il détient un intérêt et que cela est incompatible avec ses fonctions, il doit se dessaisir de cet intérêt dans les 120 jours suivant sa nomination. Il peut soit le vendre à un tiers avec qui il n'a aucun lien de dépendance, soit le déposer en fiducie.

Les situations suivantes peuvent également constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration ;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de la Régie ;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision de la Régie ;
- avoir une réclamation litigieuse contre la Régie ;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

Déclaration d'intérêts

Au moment de leur nomination, les membres du conseil doivent remettre au président une déclaration écrite l'informant des situations qui pourraient avoir un lien direct avec les activités de la Régie et donner lieu à un conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent.

Si les membres eux-mêmes ou un de leurs proches détiennent directement ou indirectement dans un organisme, une entreprise ou une association un intérêt susceptible de les placer dans une situation de conflit d'intérêts, ils doivent le déclarer en précisant les droits qu'ils peuvent faire valoir contre la Régie ainsi que leur nature et leur valeur.

De même, les membres qui se trouvent en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent en cours de mandat doivent le signifier par écrit au président dans les meilleurs délais.

Dès qu'il en est informé, le président doit établir s'il y a conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent.

S'il y a conflit d'intérêts, les membres en cause doivent s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'objet du conflit et éviter d'influencer cette décision. Ils doivent également se retirer de la réunion pendant les délibérations et le vote relatifs à la question qui les place en conflit d'intérêts. Le procès-verbal doit faire état de leur absence ou de leur abstention de participer aux discussions.

Le président peut décider de toute mesure additionnelle jugée appropriée pour assurer la primauté de l'intérêt public et préserver l'intégrité de la Régie et la confiance du public.

Il est possible qu'une telle déclaration d'intérêts soit faite pendant une réunion du conseil. Dans un tel cas, le procès-verbal doit en faire état ainsi que des mesures décidées par le président à cet effet.

Confidentialité des déclarations des administrateurs

Il incombe au secrétaire du conseil de veiller à ce que les renseignements transmis par les membres au président au sujet des situations pouvant donner lieu à un conflit d'intérêts demeurent confidentiels. Tous les documents sont versés à des dossiers personnels spéciaux créés à cet effet et gardés en sécurité au bureau du secrétaire général de la Régie. À moins que la loi n'en dispose autrement, les seules personnes ayant accès à ces documents sont le président et le secrétaire du conseil ou leurs représentants. De plus, tout document ayant trait aux activités des membres est conservé sous pli cacheté.

Cadeaux, faveurs et avantages

Afin de préserver l'indépendance et le désintéressement essentiels à l'exercice des fonctions d'administrateur public et d'éviter toute situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel, les membres du conseil doivent être particulièrement vigilants face aux cadeaux ou avantages qui leur sont offerts par des tiers.

Ainsi, il leur est interdit d'accepter un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise ou d'un organisme qui traite ou souhaite traiter avec la Régie, à l'exception des cadeaux d'usage et de peu de valeur. Dans les cas où ils se verraient offrir un cadeau, une marque d'hospitalité ou un autre avantage pour un geste accompli dans l'exercice de leurs fonctions, ils doivent également le refuser à moins qu'il soit d'usage et d'une valeur modeste. Afin d'éviter les situations ambiguës, il est préférable que les membres précisent clairement l'existence de ces règles à toute personne qui exprimerait l'intention de leur offrir un cadeau ou une marque d'hospitalité. Les membres ne peuvent en aucun cas accepter de l'argent.

Tout cadeau ou tout autre avantage reçu en contravention avec ces règles doit être remis au donateur ou à l'État.

Les membres du conseil doivent s'abstenir d'accorder, de solliciter ou d'accepter une faveur ou un avantage indu pour eux-mêmes ou pour un tiers. Ils doivent aussi éviter d'utiliser leur fonction d'administrateur de la Régie afin d'influencer une décision en leur faveur ou de procurer un avantage indu à un tiers.

3. RÈGLES EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ DE L'INFORMATION

Confidentialité des données

Les membres du conseil d'administration reconnaissent l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et s'assurent que leurs décisions et leurs activités respectent cette confidentialité ainsi que la législation à ce sujet.

Confidentialité des informations obtenues dans l'exercice de leurs fonctions

Les membres doivent respecter le caractère confidentiel de toute information qu'ils obtiennent dans l'exercice de leurs fonctions. Ceux qui représentent un groupe d'intérêts particulier ou qui y sont liés peuvent toutefois demander au président l'autorisation de dévoiler certains renseignements précis afin de consulter ce groupe ou de lui faire rapport sur une question déterminée.

Par ailleurs, les membres doivent éviter de faire en sorte que l'information confidentielle qu'ils obtiennent dans l'exercice de leurs fonctions soit utilisée à des fins personnelles, au profit d'un tiers ou de façon préjudiciable à la Régie.

4. RÈGLES DIVERSES

Utilisation des biens de la Régie

Les membres doivent s'abstenir d'utiliser directement ou indirectement les biens de la Régie à leur profit ou au profit d'un tiers.

Considérations politiques et réserve

Le président doit faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques. De plus, s'il a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale, il doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif et se démettre de ses fonctions.

Afin de préserver l'intégrité et l'impartialité de la Régie et de ses membres, et de s'assurer d'agir dans l'intérêt du public, les membres du conseil doivent prendre leurs décisions indépendamment de toute considération politique partisane.

Rémunération

Le président doit s'abstenir de recevoir quelque avantage, ristourne ou commission que ce soit, en plus de la rémunération à laquelle il a droit. De même, les membres du conseil doivent s'abstenir de recevoir quelque somme que ce soit en plus du remboursement de leurs frais de déplacement.

5. RÈGLES APPLICABLES EN CAS DE CESSATION DES FONCTIONS

Par souci d'équité et afin de préserver le lien de confiance du public envers la Régie, il importe de prévenir les situations de conflits d'intérêts réels ou apparents impliquant d'anciens membres du conseil, d'éviter qu'ils puissent bénéficier d'un traitement de faveur ou d'un avantage indu après la cessation de leurs fonctions et d'assurer la protection de la confidentialité des informations auxquelles ils ont eu accès.

Pour ces raisons, les membres du conseil qui ont cessé d'exercer leurs fonctions doivent :

- s'abstenir de tirer un avantage indu de leurs fonctions antérieures au sein de la Régie;
- s'abstenir de dévoiler des informations confidentielles qu'ils ont obtenues dans l'exercice de leurs fonctions;

- s'abstenir d'agir, dans l'année qui suit la fin de leurs fonctions, au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle la Régie est partie et sur laquelle ils détiennent de l'information non accessible au public.

6. CONSEILLER EN ÉTHIQUE ET EN DÉONTOLOGIE

Le secrétaire du conseil agit comme conseiller en éthique et en déontologie auprès des membres du conseil. Il doit les informer du contenu et des modalités d'application du code. Il a également pour responsabilité de faire enquête sur réception d'allégations d'irrégularités et de faire rapport au président du conseil d'administration à ce sujet. Enfin, il voit à faire publier dans le rapport annuel de la Régie le présent code ainsi que tout autre renseignement exigé par la loi.

7. PROCESSUS DISCIPLINAIRE ET SANCTIONS

Les membres du conseil doivent, pour demeurer en fonction, observer les règles et les principes exposés dans ce code. Au moment de leur nomination, les membres doivent signer un document attestant qu'ils ont lu et compris le présent code et le règlement sur l'éthique, et qu'ils s'engagent à les respecter. La signature de l'attestation par les membres déjà en fonction doit se faire dans les 60 jours suivant l'entrée en vigueur du présent code.

Le processus disciplinaire est précisé au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics. Les membres du conseil auxquels on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peuvent présenter des observations et, s'ils en font la demande, être entendus à ce sujet.

Les sanctions imposées aux membres qui ont contrevenu aux principes d'éthique et aux règles de déontologie tiennent compte de la nature et de la gravité de la faute. Toute sanction imposée à un membre est écrite et motivée.

LISTE DES PUBLICATIONS MAJEURES

Dépliants et brochures

- Le régime d'assurance maladie du Québec
- L'assurance médicaments
- Services de santé assurés hors du Québec
- Programme de prothèses mammaires externes
- Programme d'appareils fournis aux stomisés permanents
- Programme de services médicaux
- Programme de services optométriques
- Programme d'appareils suppléant à une déficience physique
- Programme d'aides visuelles
- Programme d'aides auditives
- Programme de prothèses oculaires
- Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
- Programmes de services dentaires

Rapports d'étude et statistiques

- Portrait évolutif du régime public d'assurance médicaments
- Statistiques annuelles
- Les médicaments utilisés comme traitement antitabagique
- Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées

COMMENT NOUS JOINDRE

À Québec

1125, chemin Saint-Louis
Sillery (Québec) G1S 1E7

Téléphone: (418) 646-4636

À Montréal

425, boulevard René-Lévesque Ouest
3^e étage, bureau 303
Montréal (Québec) H3A 3G5

Téléphone: (514) 864-3411

Ailleurs au Québec, sans frais

1 800 561-9749

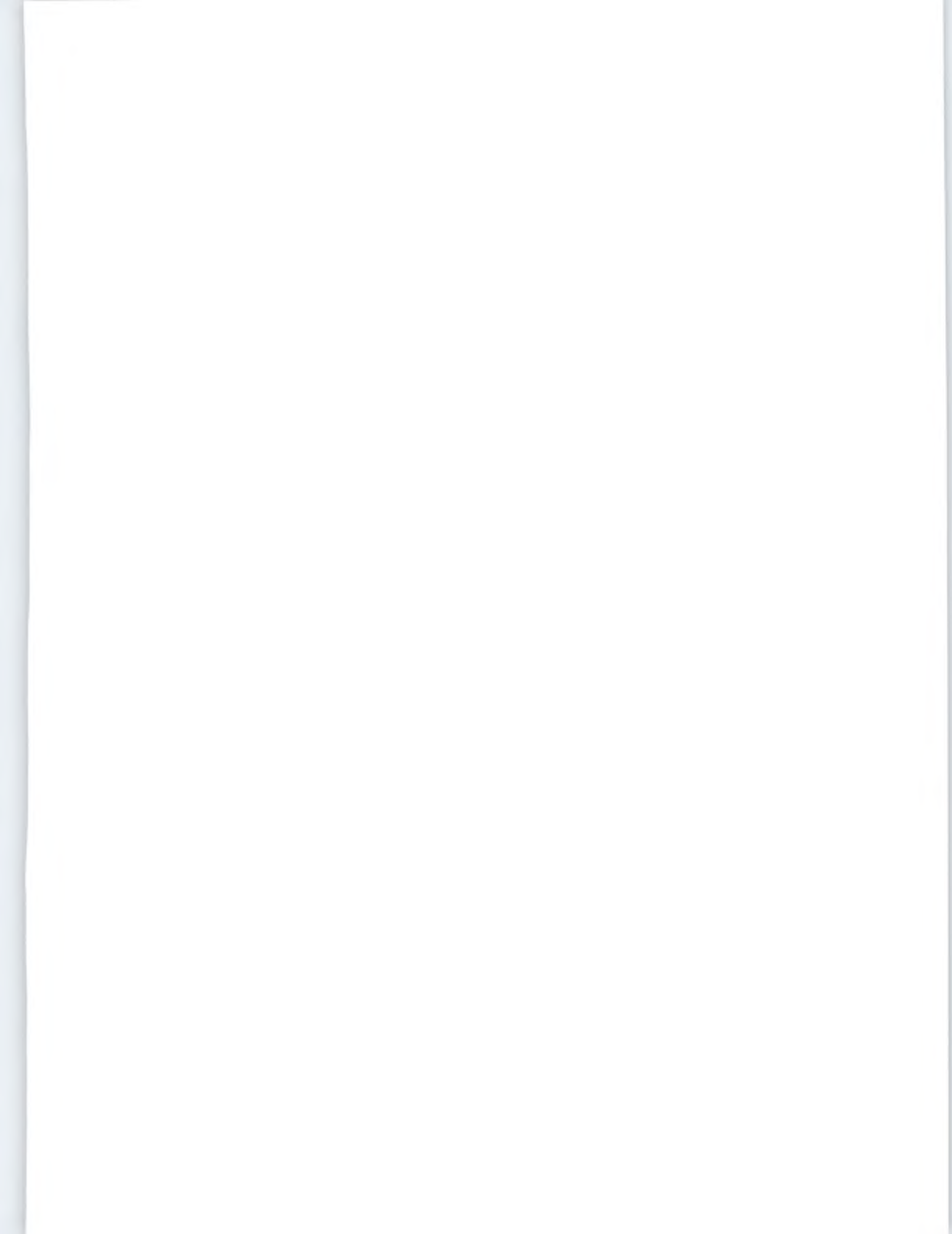
Par ATS (appareil de télécommunications pour personnes sourdes)

À Québec: (418) 682-3939

Ailleurs au Québec, sans frais: 1 800 361-3939

Site Internet

www.ramq.gouv.qc.ca



Régie de
l'assurance maladie

Québec

