



Partenariat pour le progrès  
Gestion des paiements  
d'honoraires de santé au Canada

# Table des matières

Résumé .....	1
<b>Le point sur la gestion des paiements d'honoraires de santé .....</b>	<b>3</b>
<b>Une transformation à brève échéance .....</b>	<b>3</b>
<b>Traitement des demandes de paiement d'honoraires des médecins.....</b>	<b>4</b>
Changements de politiques et incidences sur les honoraires réclamés par les médecins.....	4
Défis posés à l'actuel système de gestion des paiements d'honoraires .....	4
<b>Traitement des demandes de paiement relatives aux médicaments.....</b>	<b>5</b>
Changements de politiques et incidences sur les demandes de paiement relatives aux médicaments .....	5
Défis posés à l'actuel système de gestion des paiements relatifs aux médicaments....	5
<b>Traitement des demandes de paiement relatives aux accidents du travail.....</b>	<b>6</b>
Changements de politiques et incidences sur les demandes de paiement relatives aux accidents du travail.....	6
Défis posés à l'actuel système de gestion des paiements relatifs aux accidents du travail.....	6
<b>Perspectives d'avenir .....</b>	<b>7</b>
<b>Pertinence d'évaluer de nouveaux modèles de prestation de services.....</b>	<b>7</b>
<b>Possibilités d'externalisation offertes aux pouvoirs publics .....</b>	<b>8</b>
Impartition des processus administratifs (IPA).....	8
Impartition du développement et de la maintenance des applications (DMA).....	8
Impartition de l'infrastructure de technologie de l'information (ITI) .....	8
<b>Plan d'action des gouvernements .....</b>	<b>9</b>
<b>Évaluer les besoins, trouver un partenaire, mettre en place une solution.....</b>	<b>9</b>
<b>Notre équipe .....</b>	<b>10</b>

# Résumé

Les demandes de paiement d'honoraires de santé sont des relevés de services qu'un prestataire ou un établissement de soins de santé soumet à un assureur en vue d'être payé ou remboursé.

Dans un contexte de pressions économiques croissantes, les administrations publiques tentent de redéfinir les modèles classiques de prestation de services de santé afin d'insuffler une valeur accrue tout en contrôlant les coûts connexes. L'évolution des politiques gouvernementales, la complexification de l'administration gouvernementale et les exigences grandissantes des technologies sous-jacentes suscitent une transformation majeure de l'administration des demandes de paiement d'honoraires partout au Canada et de par le monde.

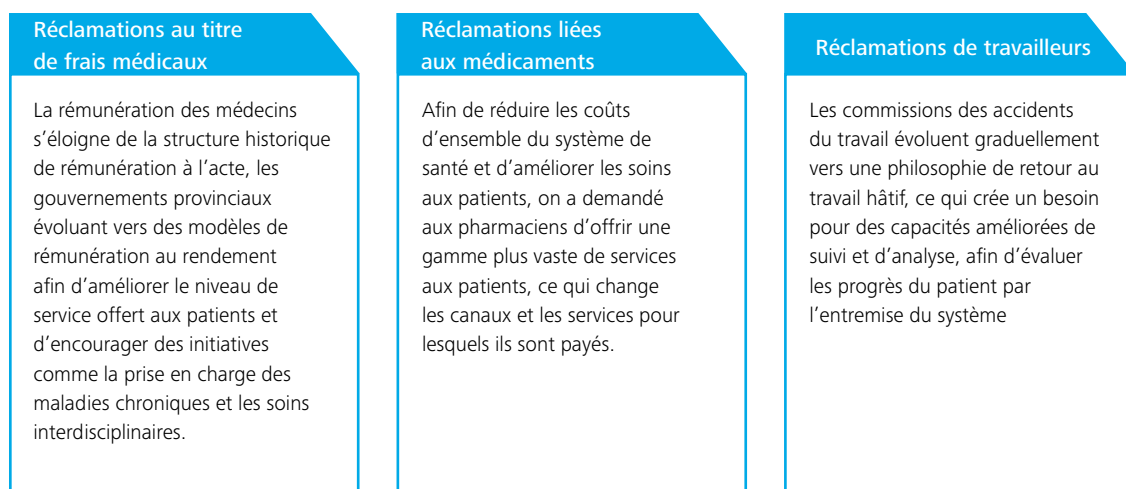
Soucieux d'améliorer les résultats cliniques tout en réduisant l'utilisation et les coûts du système, les pouvoirs publics recherchent de plus en plus de nouveaux modèles de rémunération. Donnant suite à des recommandations comme celles du rapport de 2012 de la Commission de la réforme des services publics de l'Ontario, Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence, les gouvernements s'emploient à réduire la part des modèles de rémunération à l'acte en développant des modèles comme par exemple le paiement par capitation et le modèle salarial combiné (dans le cas des médecins) (Figure 1)<sup>1</sup>. Ces changements visent à améliorer les résultats cliniques, notamment dans les cas qui nécessitent un traitement et un suivi proactifs de maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Des politiques de rémunération qui permettent de conjuguer des primes incitatives aux médecins

et une prise en charge holistique des patients sont ainsi susceptibles d'accroître la qualité des soins, de réduire la demande future de soins actifs et épisodiques et d'alléger les coûts globaux du système.

Cette transformation du modèle économique modifie fondamentalement la façon dont les services de santé sont prodigués et la manière dont les médecins, pharmaciens et autres fournisseurs sont rémunérés. Alors que les pouvoirs publics révisent tant les structures de rémunération que l'éventail des services admissibles à un remboursement, il importe que les technologies sous-jacentes de gestion des demandes de paiement gagnent en souplesse et en possibilité d'intégration avec des systèmes de gestion connexes. Par ailleurs, une évolution semblable des politiques touchant les soins dentaires et les accidents du travail a pour effet d'augmenter le volume et la complexité des demandes de paiement d'honoraires. C'est donc l'évolution de l'ensemble du système qui engendre un réel besoin (et des attentes connexes) d'augmentation de valeur et de gains en efficacité, ce que l'analytique des données peut apporter.

Les demandes acheminées aux systèmes de traitement ont augmenté considérablement, de concert avec une multiplicité d'options (participation aux coûts du patient/client, franchises, surfacturation, autoprise en charge des coûts, etc.) exigeant une accessibilité accrue des systèmes pour l'exécution de virements électroniques ou d'autres fonctions en ligne.

Figure 1 : Différents types de réclamations d'assurance maladie



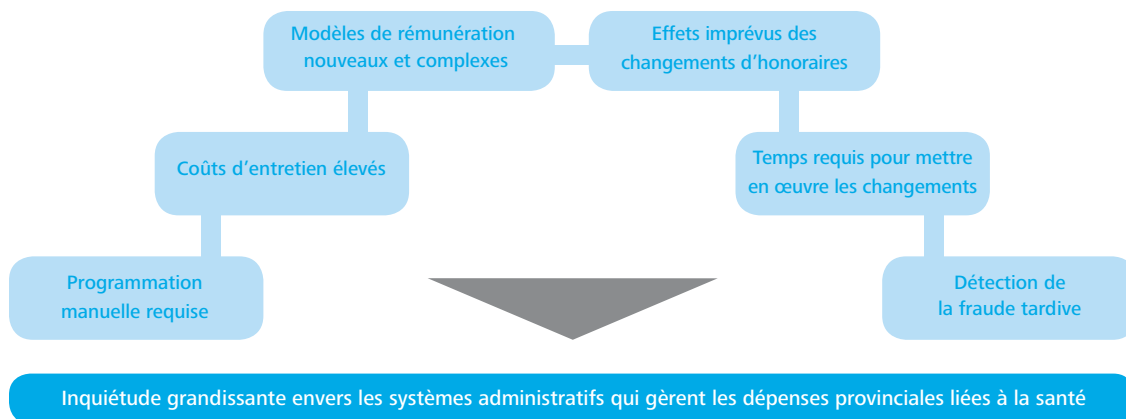
La plupart des solutions de traitement des demandes de paiement d'honoraires au Canada sont en service depuis au moins 20 ans et, même si elles ont été fiables au cours de leur durée de vie, elles ne peuvent répondre à l'accroissement de la demande (Figure 2). Seule une transformation majeure permettra de soutenir le rythme du changement; cependant, en raison des coûts prohibitifs qui se rattachent souvent aux mises à niveau requises, des solutions palliatives provisoires sont régulièrement mises en place. Par ailleurs, les systèmes en place n'offrent généralement pas la souplesse et l'évolutivité voulues pour prendre en charge les révisions et les réformes des politiques. Sans d'importants investissements dans des initiatives de changement, les systèmes en place continueront d'exiger un nombre grandissant d'interventions manuelles et de faire augmenter les coûts de traitement.

Parallèlement, les administrations publiques cherchent à adopter une démarche plus stratégique à l'égard des services qu'elles gèrent et font de plus en plus appel à des partenaires du secteur privé pour la prise en charge de certaines compétences clés. Ces derniers leur offrent en effet une gamme de solutions administratives ainsi que des fonctionnalités évoluées et flexibles (paiement à échéance, détection des fraudes et de sensibilisation à la fraude, audit, analytique de données, etc.) applicables au traitement des demandes de paiement d'honoraires de santé. Ces applications offrent les caractéristiques fonctionnelles et la capacité d'évolution voulues pour générer une valeur réelle et permettre d'apporter de futures modifications aux systèmes pour un coût minimal.

En contexte de restriction et d'austérité gouvernementale, c'est un impératif budgétaire que d'alléger les dépenses en immobilisations. Les partenariats et les nouveaux modèles de prestation de services peuvent contribuer à atteindre cet objectif, par la réduction des coûts associés aux mises à niveau et aux remplacements d'applications. Si ces modèles de rechange sont traditionnellement appliqués aux projets d'infrastructure (routes, hôpitaux, etc.), les administrations publiques tendent désormais à en étendre la portée à la prestation des services. En plus d'alléger leurs investissements à court terme, les pouvoirs publics ont la possibilité de générer plus de valeur à l'échelle du système en concluant des ententes d'impartition ou des partenariats non traditionnels de prestation de services. En suivant ce modèle, la gestion des demandes de paiement d'honoraires de santé peut non seulement être effectuée à bas coûts, mais évoluer de façon efficace en intégrant de nouvelles capacités et fonctionnalités.

Afin de maximiser l'incidence des programmes gouvernementaux de transformation, il est impératif que les systèmes de gestion des demandes de paiement d'honoraires de tous les territoires prennent en compte de l'évolution des besoins du secteur de la santé et se dotent d'un plan permettant un traitement fiable, rapide et souple des demandes. À cette fin, les gouvernements doivent cibler des partenaires potentiels et explorer de nouveaux modèles de prestation de services pouvant non seulement alléger leur fardeau de dépenses en capital, mais aussi leur procurer un précieux accès au savoir-faire de l'industrie. Ces transformations ne sont pas une panacée; elles font plutôt partie d'une solution globale pour améliorer la qualité des soins de santé et accroître l'efficacité du système.

Figure 2 : Défis que posent les anciens systèmes



# Le point sur la gestion des paiements d'honoraires de santé

## Une transformation à brève échéance

Partout au Canada, les systèmes de gestion des demandes de paiement d'honoraires de santé du secteur public font l'objet d'une transformation majeure ou sont sur le point de le faire. L'éventail des services s'est élargi, tout comme les structures de rémunération, de sorte qu'il faut actualiser les systèmes obsolètes de gestion des demandes ou les remplacer par des systèmes modernes offrant une souplesse accrue et des fonctions analytiques évoluées. La mise en évidence des futurs besoins en matière d'administration des demandes de paiement sera indispensable au développement de ces systèmes ainsi qu'à la conclusion d'alliances avec des partenaires appropriés.

L'éventail des services s'est élargi, tout comme les structures de rémunération, de sorte qu'il faut actualiser les systèmes obsolètes de gestion des demandes ou les remplacer par des systèmes modernes offrant une souplesse accrue et des fonctions analytiques évoluées.

Tableau 1 : Modèles de rémunération en vigueur au Canada

Modèle de rémunération	Description et principales implications	Juridictions qui l'utilisent
Remboursement à l'acte	<ul style="list-style-type: none"><li>La rémunération à l'acte est le système traditionnel de remboursement.</li><li>Les dispensateurs de soins facturent la juridiction pour les services fournis en fonction d'une liste prédéterminée de codes de facturation établie au terme de négociations entre la juridiction, l'association médicale et, de plus en plus aujourd'hui, les régies régionales de la santé.</li></ul>	AB, C.-B., MB, N.-B., T.-N.-L., N.-É., ON, Î.-P.-É., QC, SK, YK
Capitation	<ul style="list-style-type: none"><li>Dans le système de paiement par capitation, un montant fixe est versé pour chaque personne réputée être associée à des coûts médicaux anticipés pour le type de patient dans une période donnée.</li><li>Il est généralement admis que ce mode de remboursement doit être ajusté en fonction des risques afin de garantir un accès équitable aux patients ayant besoin de soins complexes. Les formules de capitation sont souvent ajustées en fonction de l'âge, du sexe, de la maladie et d'autres facteurs. La capitation implique l'élaboration volontaire ou obligatoire de la liste de patients de chaque dispensateur de soins pour faciliter le suivi.</li></ul>	AB, MB, ON, SK
Contractuel	Un montant négocié d'avance (souvent annuel) est versé pour un certain volume de services. Il arrive souvent que l'on ne précise pas le volume de services, mais que l'on fixe des attentes en ce qui concerne les heures, les jours et les semaines de service.	AB, C.-B., MB, N.-B., T.-N.-L., T.N.-O., NU, N.-É., ON, Î.-P.-É., SK, YK
Salaire	Les médecins reçoivent un salaire.	AB, MB, N.-B., T.-N.-L., T.N.-O., ON, Î.-P.-É., QC, SK
Rémunération à la vacation	Les médecins sont rémunérés à un taux horaire ou quotidien; ce modèle est habituellement utilisé dans les salles d'urgence des hôpitaux.	AB, C.-B., MB, N.-B., T.-N.-L., T.N.-O., N.-É., ON, Î.-P.-É., QC, SK, YK
Financement de base	Un financement global est offert à un groupe de médecins.	AB, T.-N.-L., N.-É., ON, QC
Rémunération mixte	Les modèles ci-dessus sont combinés à la rémunération à l'acte.	C.-B., MB, Î.-P.-É., QC, SK, AB

### Traitement des demandes de paiement d'honoraires des médecins

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, les médecins sont en grande partie rémunérés dans le cadre de régimes d'assurance médicale provinciaux financés par les contribuables. Historiquement, ces régimes ont couvert des services semblables et, le plus souvent, ont rétribué les médecins selon un modèle de paiement à l'acte. Au cours des dernières années cependant, toutes les provinces ont entrepris un processus de modernisation qui cible ce pour quoi elles paient (p. ex., quels services) et selon quelles modalités (salaires, primes, paiements basés sur les résultats cliniques, etc.). Afin d'insuffler une valeur accrue dans le système, la capitation et la rémunération au rendement se substituent progressivement au paiement à l'acte comme principal modèle de rémunération, dans le dessein d'influencer le comportement des médecins et de favoriser une approche axée sur la population plutôt qu'une approche individuelle des soins aux malades (Tableau 1)<sup>2</sup>.

Entre 1999 et 2010, les paiements d'honoraires de médecins ont presque doublé au Canada alors que la proportion des paiements à l'acte était en repli (Figure 3). Cette tendance est révélatrice d'une évolution des modèles de rémunération des médecins et de la possibilité de transformer l'ensemble du système d'administration des demandes de paiement d'honoraires de santé<sup>3,4</sup>.

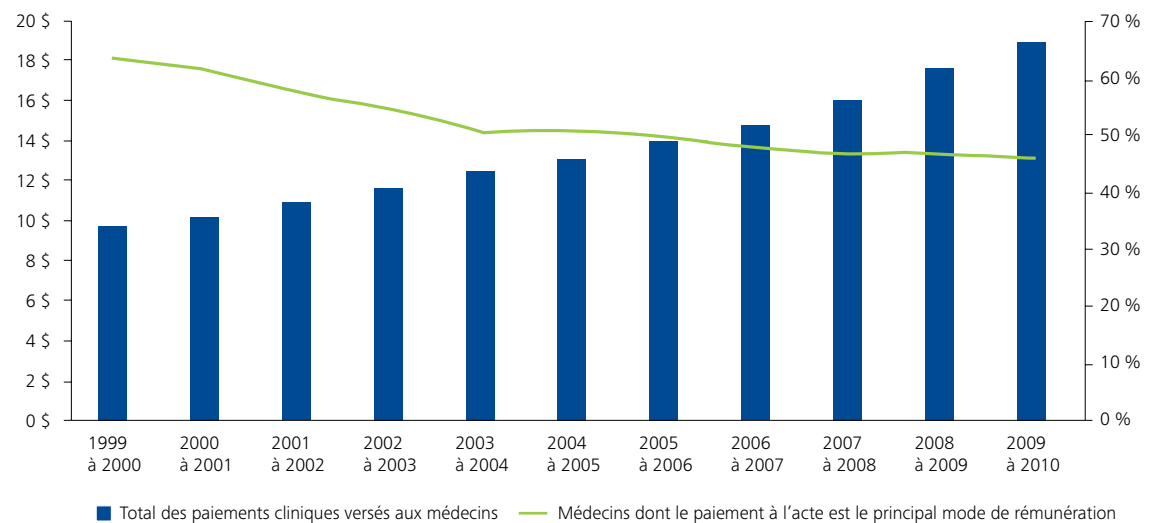
### Changements de politiques et incidences sur les honoraires réclamés par les médecins

Alors que les paiements d'honoraires classiques croissent plus rapidement que le PIB, les administrations tentent d'influencer et de récompenser non seulement le volume des traitements, mais également les améliorations des processus et des résultats cliniques. Aussi demandent-elles aux fournisseurs institutionnels et individuels d'adhérer aux pratiques cliniques d'excellence, voire d'améliorer les résultats cliniques. Dans ce contexte, les modèles de rémunération classiques comme le paiement à l'acte, dont la seule dimension est le volume, sont frappés d'obsolescence.

### Défis posés à l'actuel système de gestion des paiements d'honoraires

Les processus actuels de gestion des demandes de paiement d'honoraires médicaux exigent une main-d'œuvre abondante, sont hautement transactionnels et comportent d'importants risques d'erreurs de paiement et de fraude. De plus, ils offrent des informations de gestion limitées et ne permettent pas l'analyse des politiques et la planification des scénarios d'amélioration. Par suite des changements de politiques et des impératifs sociaux évoqués dans la section précédente, de nombreux modèles de rémunération des médecins ont été élaborés ou sont en cours de conception à l'échelle du pays. Aussi, les systèmes de traitement des demandes de paiement ne sont pas adaptés à ces évolutions et la complexité qui y est associée est devenue un fardeau grandissant, tant sur le plan administratif que sur celui des TI.

**Figure 3 : Statistiques canadiennes sur la rémunération des médecins et les modèles de rémunération De 1999 à 2010 (en millions de dollars)**



Au Canada, les diverses plateformes de gestion des demandes de paiement d'honoraires médicaux ont initialement été conçues en fonction du modèle de rémunération à l'acte. Quelques fonctionnalités y ont progressivement été ajoutées pour traiter des modalités de rétribution horaire et la quasi-totalité des administrations tentent de doter leurs systèmes en place de fonctions de gestion des nouveaux modèles de rémunération. Voici un aperçu des principaux défis à surmonter dans ce contexte :

- Difficulté de comprendre la rémunération globale des médecins du fait que l'information doit être extraite de sources multiples;
- Lacune en matière d'intégration et de capacités technologiques compliquant la mise en évidence des corrélations entre résultats cliniques et mesures de santé individuelles;
- Difficulté de discerner les éléments des modèles ayant une incidence sur les résultats cliniques;
- Besoin d'implanter des solutions palliatives longues et onéreuses (p. ex., facturation pro forma) pour appuyer la transition des modes de rémunération à l'acte.

Aussi, la conjoncture actuelle offre l'occasion de transformer les capacités de traitement des demandes de paiement d'honoraires médicaux en vue d'en améliorer l'efficacité, l'exactitude et les niveaux de service pour les médecins, les malades et les gouvernements.

### Traitement des demandes de paiement relatives aux médicaments

L'activité des pharmaciens s'inscrit depuis longtemps dans une structure de rémunération apparentée au modèle de rémunération à l'acte des médecins. Les pharmaciens dispensent des médicaments, puis imputent les frais connexes au gouvernement provincial. L'augmentation des coûts du système de santé a entraîné une évolution du rôle des pharmaciens, qui englobe désormais la prestation de services plus « pointus » à la population. Ainsi, les pharmaciens assument à présent un rôle de première ligne et offrent à la collectivité des services de soins et de suivi. Ils donnent des conseils sur les cas courants, rectifient souvent des ordonnances et invitent les gens à consulter de nouveau leur médecin au besoin<sup>5</sup>. Ce rôle élargi découle des changements de politiques visant à abaisser les coûts et à accroître la valeur des services, mais a pour effet d'augmenter encore plus la pression exercée sur les systèmes de gestion des demandes de paiement.

## Ils donnent des conseils sur les cas courants, rectifient souvent des ordonnances et invitent les gens à consulter de nouveau leur médecin au besoin.

### Changements de politiques et incidences sur les demandes de paiement relatives aux médicaments

Les structures de rémunération ont évolué dans la foulée de la progression des coûts associés aux soins primaires, secondaires et tertiaires prodigués par les médecins et les hôpitaux. En déléguant un nombre grandissant de services à des fournisseurs moins onéreux, notamment aux pharmaciens, les administrations publiques espèrent que des économies découleront de la réduction des frais imputés par les médecins et les hôpitaux. On a ainsi procédé à la délégation de services de consultation et de procédures médicales simples et l'on prévoit plus d'interprétation d'ordonnances de la part des pharmaciens.

### Défis posés à l'actuel système de gestion des paiements relatifs aux médicaments

L'évolution du rôle des pharmaciens exige une modification des systèmes de gestion des demandes de paiement existants. Les systèmes actuels que les pharmaciens utilisent pour facturer l'exécution des ordonnances sont révisés de manière à prendre en charge des demandes de paiement associées aux nouveaux services professionnels rendus – un processus qui peut s'avérer long et coûteux pour les pouvoirs publics.

Les systèmes de gestion des demandes de paiement relatives aux médicaments devront à l'avenir être mieux intégrés avec l'ensemble du système de santé et donner une image globale plus précise des besoins de la population en matière de santé. Cette intégration procurera plus d'information aux pharmaciens et aux médecins, en leur permettant de prendre de meilleures décisions thérapeutiques et aux administrations publiques de mieux gérer les coûts.

## Traitement des demandes de paiement relatives aux accidents du travail

### Changements de politiques et incidences sur les demandes de paiement relatives aux accidents du travail

Les commissions des accidents du travail sont confrontées à un défi unique associé au contexte de main-d'œuvre vieillissante. Pour chaque hausse de 10 ans de l'âge moyen des travailleurs, la possibilité de verser des prestations pour pertes de gains augmente de 16 %. Dans ce contexte, les commissions des accidents du travail peuvent hausser les primes des employeurs, accuser un déficit ou élaborer de nouvelles stratégies visant à ramener les travailleurs au travail. Pour les employeurs, il serait actuellement difficile de supporter une hausse de primes, p. ex., en Ontario, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) est confrontée à un déficit de financement élevé qu'elle tente activement de combler<sup>6</sup>. Dans ce contexte, les stratégies de retour au travail gagnent en importance (Tableau 2).

### Défis posés à l'actuel système de gestion des paiements relatifs aux accidents du travail

Dans le contexte d'un recours accru aux programmes de retour au travail, les commissions d'indemnisation des accidents du travail doivent avoir une vision plus globale de leur organisation. Il faut que leur système de gestion des

demandes de paiement soit intégré dans un logiciel de suivi de la clientèle et les systèmes comptables, afin de permettre de visualiser les retombées économiques découlant des programmes de retour au travail. Pour mettre en évidence d'autres réductions de coûts potentielles, les commissions peuvent envisager de se doter d'outils d'analytique de la clientèle, ce dont les systèmes actuels sont dépourvus. L'analytique de la clientèle peut procurer de précieux renseignements sur le rétablissement des travailleurs et permettre aux agents responsables des cas d'optimiser les cycles de retour au travail. L'analytique de la clientèle permettrait également aux commissions des accidents du travail d'élaborer des pratiques exemplaires en matière de rétablissement et de mettre en évidence diverses possibilités d'allègement des coûts.

Malheureusement, les systèmes de gestion des demandes de paiement actuellement en service dans les commissions des accidents du travail sont en grande partie obsolètes et ne peuvent être actualisés pour la prise en charge de fonctions d'analytique de la clientèle à un coût raisonnable. Le renouvellement progressif des contrats d'exploitation des systèmes permettra sans doute la mise en place de ces fonctionnalités, ce qui contribuera à comprimer les déficits et à réduire les dépenses et ce, malgré le contexte du vieillissement de la main-d'œuvre.

**Tableau 2 : Changements des politiques de gestion des demandes par les commissions des accidents du travail**

Modèle de rémunération	Description et principales implications	Juridictions qui l'utilisent
Demandes (médecins)	Gestion des maladies chroniques	L'incidence accrue de maladies chroniques incite les administrations à rechercher des modes de rémunération favorisant un traitement proactif des affections et un suivi dynamique des facteurs sous-jacents.
	Soins interdisciplinaires	Les modèles de soins de groupe comme les équipes de santé familiale en Ontario et les groupes de médecine familiale au Québec sont axés sur la prestation de soins interdisciplinaires.
Demandes (pharmaciens)	Services de consultation	Des politiques visant à atténuer la pression sur le système de soins actifs et primaire et à améliorer l'accès des patients aux services de santé autorisent les pharmaciens à facturer certains services de consultation à l'administration provinciale dont ils relèvent.
	Services de vaccination	La population de plusieurs provinces canadiennes peut désormais recevoir en pharmacie des vaccins courants, p. ex., des vaccins antigrippaux.
	Valorisation des connaissances en matière de médicaments	Les pharmaciens sont appelés à jouer un plus grand rôle en matière de gestion des ordonnances et sont rémunérés pour établir des historiques de médication détaillés et valider, voire renouveler des ordonnances.
Demandes (commissions d'accidents du travail)	Retour au travail	Les commissions des accidents du travail demandent de plus en plus à des agents responsables des cas d'exercer un suivi du rétablissement des demandeurs, des activités qui favorisent leur remise sur pied ainsi que de leurs options en matière d'emplois de substitution ou de retour au travail afin de réduire les prestations pour pertes de gains.



# Perspectives d'avenir

## Pertinence d'évaluer de nouveaux modèles de prestation de services

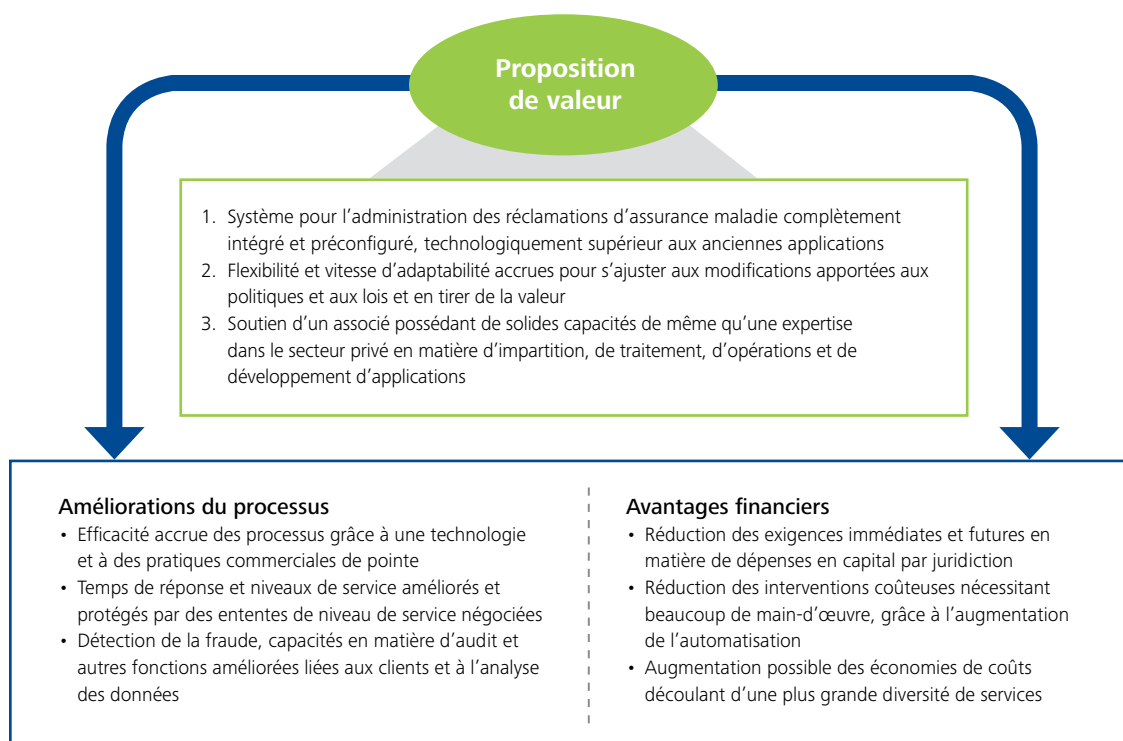
En présence du besoin d'optimiser chaque dollar dépensé tout en resserrant les dépenses, l'abaissement des investissements en capital s'impose comme un élément incontournable de tout budget gouvernemental. Dans un contexte marqué par de telles exigences, une collaboration accrue avec le secteur privé pour l'exécution de certaines initiatives peut contribuer à réduire les sorties de fonds à court terme et permettre des économies de coûts en atteignant des niveaux de service plus élevés à long terme. L'administration des demandes de paiement d'honoraires de santé semble se prêter à une collaboration avec le secteur privé, puisque l'on constate de telles collaborations et des gains d'efficacité dans d'autres secteurs d'activité gouvernementale (Figure 4).

Pour mettre à niveau leurs systèmes de gestion des demandes de paiement d'honoraires de santé, les pouvoirs publics devraient investir dans le développement de l'architecture et des règles administratives des systèmes d'évaluation automatisés. Il leur est par ailleurs tout à fait possible de collaborer avec des partenaires privés qui possèdent déjà une solide connaissance des systèmes de gestion des demandes de paiement et d'alléger ainsi leurs dépenses d'investissement. Plusieurs partenaires privés ont également des connaissances

en ce qui a trait à l'élaboration et à l'exploitation de tels programmes. Les sociétés spécialisées en élaboration de règles administratives, qui comprennent un système d'évaluation automatisée, peuvent concevoir des programmes permettant de ramener à moins de 5 % le total des demandes à évaluer manuellement. Elles peuvent aussi intégrer, dans les systèmes, des fonctionnalités évoluées (analytique de la clientèle, plateformes flexibles, etc.). L'externalisation des fonctions d'administration manuelle des demandes est une autre option qui peut améliorer la gestion des effectifs et abaisser les frais de main-d'œuvre. Enfin, les administrations publiques sont rarement dotées de compétences en architecture des TI. Impartir cette fonction à des fournisseurs spécialisés peut faciliter l'établissement d'une plateforme opérationnelle robuste pour l'exploitation des systèmes de gestion des demandes de paiement.

De nombreux avantages se rattachent à une collaboration accrue avec le secteur privé. Faire appel au secteur privé pour limiter les sorties de fonds et apporter un savoir-faire professionnel avéré constitue une stratégie avisée pour toute administration publique soucieuse de réaliser des réductions de coûts à court terme et de bénéficier de systèmes plus performants pour l'avenir.

Figure 4 : Avantages des transformation du système de paiement d'honoraires de santé



## Possibilités d'externalisation offertes aux pouvoirs publics

Les pouvoirs publics peuvent externaliser l'ensemble de leur gestion des demandes de paiement d'honoraires, une bonne partie de cette gestion ou juste une petite partie. Certains, p.ex., les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Manitoba, ont pris la décision d'impartir l'ensemble du processus, alors que le gouvernement de la Nouvelle-Écosse n'en a externalisé partie (Figure 5).

Voici un aperçu des possibilités :

### Impartition des processus administratifs (IPA)

Généralement exécutées par des employés d'échelons inférieurs, les activités de soutien (évaluation manuelle des demandes ne pouvant faire l'objet d'une évaluation automatisée, examen des demandes en appel, service à la clientèle, etc.) monopolisent beaucoup de ressources. Ces activités, qui exigent une main-d'œuvre importante, comptent pour environ 30 % à 50 % des frais administratifs liés à l'administration des demandes de paiement d'honoraires de santé. La Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique et le Manitoba ont toutes externalisé leurs processus de gestion manuelle des demandes afin de réduire leurs coûts, réaliser des gains d'efficacité et alléger leurs dépenses en immobilisations. Ces activités peuvent être gérées efficacement à l'externe.

### Impartition du développement et de la maintenance des applications (DMA)

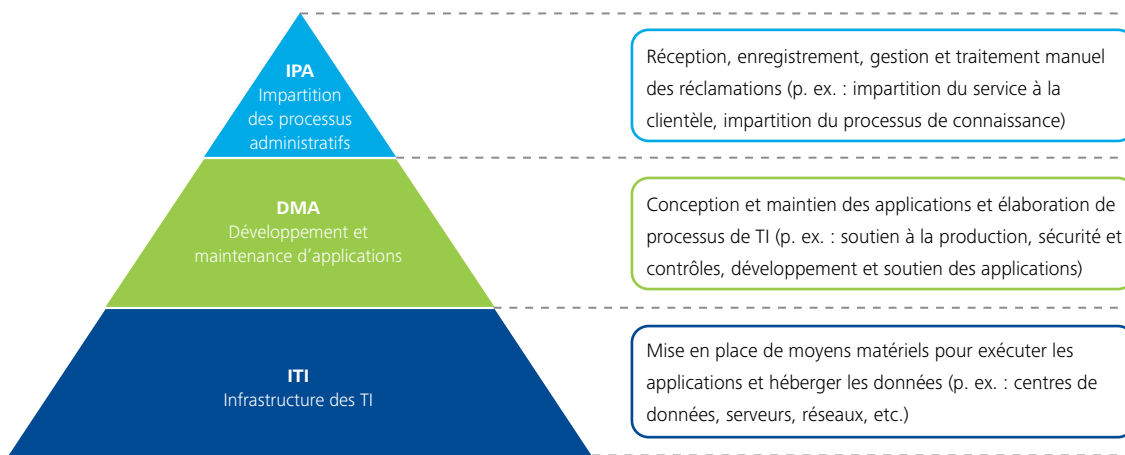
La conception des systèmes d'évaluation des demandes exige des connaissances hautement spécialisées et, en général, une à trois années de développement. Cette activité requiert

également d'importantes dépenses en capital, car les systèmes ne peuvent être pleinement utilisés qu'après un cycle complet de développement et d'essais. À long terme, il faut également prévoir le soutien des applications ainsi que des modifications et mises à jour régulières. Il est courant de confier l'exécution de ces tâches au concepteur lui-même, du fait de sa connaissance approfondie du système, qui permet généralement des modifications à moindres frais. L'impartition du développement et de la maintenance des applications devrait permettre aux gouvernements de réaliser des économies pendant la durée de leurs contrats de service en plus d'alléger leurs dépenses en capital. En fait, en exerçant cette option, certaines administrations provinciales ont pu étaler le coût du développement de leur système de gestion sur toute la période de développement et de maintenance des applications.

### Impartition de l'infrastructure de technologie de l'information (ITI)

L'ITI est la plateforme qui supporte le système de gestion des demandes de paiement d'honoraires de santé. Il est primordial que la plateforme soit robuste et sécurisée et qu'elle comporte des mécanismes de sauvegarde et de redondance afin d'éviter les pertes de données en cas de compromission du système. Les administrations publiques n'ont généralement pas développé les compétences requises pour mettre en place et maintenir en service ce type d'infrastructure spécialisée. L'impartition de ces services permet d'accéder à des compétences de pointe et d'abaisser les dépenses en capital en étalant sur plusieurs années les coûts d'amélioration du système.

Figure 5 : Gestion des demandes de paiement d'honoraires de santé – possibilités d'externalisation



# Plan d'action pour les gouvernements

## Évaluer les besoins, trouver un partenaire, mettre en place une solution

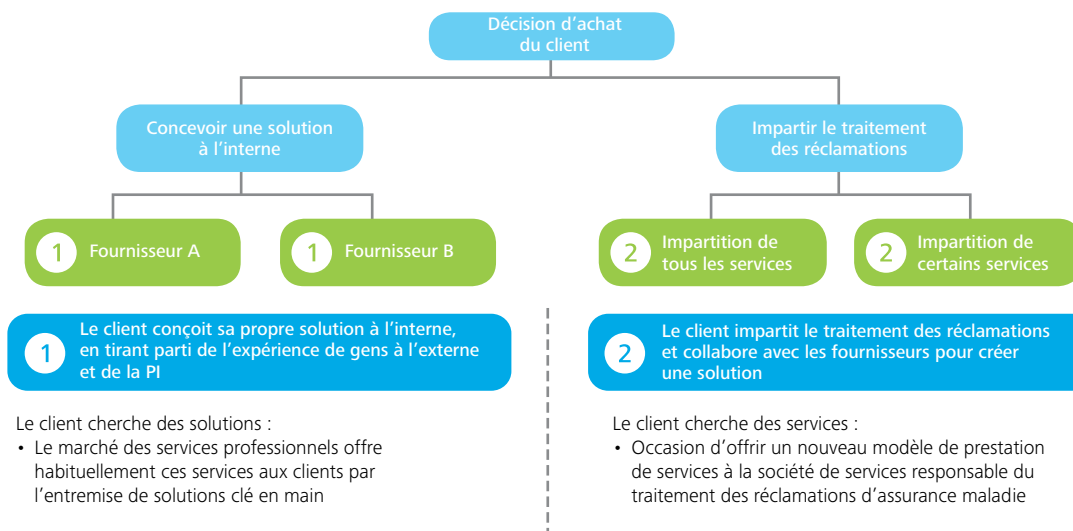
Afin de mettre au point les futurs systèmes de gestion des demandes de paiement d'honoraires de santé, les administrations publiques doivent avoir une compréhension claire de leurs besoins actuels et futurs. Sachant que les changements de politiques conditionnent les besoins en matière de systèmes, les pouvoirs publics doivent déterminer quelles solutions administratives et technologiques offrent le plus grand potentiel d'optimisation. Un recensement des besoins associés aux futurs systèmes aidera les gouvernements à déterminer s'ils disposent des fonctionnalités et des budgets nécessaires. Une planification détaillée peut également simplifier la planification des futures modifications des systèmes.

Après avoir établi les caractéristiques fonctionnelles des futurs systèmes, les administrations publiques peuvent déterminer quels éléments de la chaîne de valeur associée à la gestion des demandes de paiement d'honoraires de santé (processus administratifs, développement et maintenance des applications, infrastructure TI, etc.) doivent continuer d'être gérés à l'interne. Elles doivent aussi décider de l'opportunité d'opter pour une solution ou pour un service relativement au système projeté. Dans le pre-mier cas, un partenaire privé prend en charge les phases de développement, d'élaboration et de mise en service, alors que la maintenance et l'exploitation courante demeurent des responsabilités internes; dans le second cas, des partenaires privés s'occupent de l'ensemble des besoins à court et à long terme (Figure 6).

L'évaluation des responsabilités et des fonctions internes, la détermination des besoins techniques et administratifs et l'établissement de l'ampleur des travaux pouvant être externalisés, font partie des pre-mières étapes de la recherche d'un partenaire privé. L'impartition de certains éléments d'une solution implique la conclusion d'ententes de niveaux de service et l'adoption de contrôles et de solutions de rechange propres à assurer une qualité d'exécution et de service satisfaisante. Une administration publique doit sélectionner un partenaire qui possède une solide feuille de route et qui peut lui livrer un système capable de répondre à ses besoins actuels et futurs.

En comparaison des dépenses totales associées à un régime d'assurance soins médicaux, les dépenses afférentes à l'administration des demandes de paiement d'honoraires de santé sont relativement limitées; elles n'en demeurent pas moins un élément essentiel. Si un système de traitement des demandes ne peut gérer l'évolution des politiques de santé, les projets de changements ne pourront jamais engendrer leur pleine valeur. La conception d'un système optimal avec des partenaires rigoureux peut alléger le total des coûts et dégager des ressources et du capital pour d'autres fonctions critiques. Tous les administrateurs de régimes publics d'assurance maladie et médicaments éprouvent le besoin de se doter de meilleurs outils analytiques et de systèmes mieux intégrés. En collaborant plus étroitement avec le secteur privé, les administrations publiques peuvent s'adapter aux enjeux du secteur de la santé, tout en réduisant les dépenses en capital, en accédant à un plus large bassin de ressources et en réalisant la pleine valeur qu'une transformation systémique peut procurer.

Figure 6 : Gestion des demandes de paiement d'honoraires de santé  
Schéma de sélection d'une solution/d'un service





# Notre équipe

**Daniel Shum**

Associé, Consultation

[dashum@deloitte.ca](mailto:dashum@deloitte.ca)

416-874-4248

**Paul Macmillan**

Associé, Consultation

[pmacmillan@deloitte.ca](mailto:pmacmillan@deloitte.ca)

416-874-4203

**Lisa Purdy**

Associée, Consultation

[lpurdy@deloitte.ca](mailto:lpurdy@deloitte.ca)

416-601-6403

**Ian Tait**

Associé, Consultation

[itait@deloitte.ca](mailto:itait@deloitte.ca)

416-874-3356

**James Colaço**

Directeur principal, Consultation

[jacolaco@deloitte.ca](mailto:jacolaco@deloitte.ca)

416-874-3152

**Mark Patterson**

Directeur principal, Consultation

[markpatterson@deloitte.ca](mailto:markpatterson@deloitte.ca)

416-643-8405

## Notes en fin de texte

- 1 Commission de la réforme des services publics de l'Ontario, *Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence*. Drummond et collaborateurs, février 2012.
- 2 Picard, A, « Minor Surgery on Doctors Fees Isn't the Cure », *The Globe and Mail*, le 28 mai 2012.
- 3 Institut canadien d'information sur la santé, *La croissance du nombre de médecins deux fois plus rapide que celle de la population canadienne*, 2010.
- 4 Questionnaire sur les ressources médicales de l'Association médicale canadienne 1990-2002; Sondage national des médecins, 2004, 2007 et 2010.
- 5 Wingrove J, « In Alberta, pharmacists have bitter pill to dispense », *The Globe and Mail*, le 13 mars 2012.
- 6 Busby C et Poschman F, *The Hole in Ontario's Budget: WSIB's Unfunded Liability*, Institut C.D. Howe, mars 2012.
- 7 Commission de la réforme des services publics de l'Ontario, *Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence*. Drummond et collaborateurs, février 2012.



# Notes

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----



**[www.deloitte.ca](http://www.deloitte.ca)**

Deloitte, l'un des cabinets de services professionnels les plus importants au Canada, offre des services dans les domaines de la certification, de la fiscalité, de la consultation et des conseils financiers. Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l., société à responsabilité limitée constituée en vertu des lois de l'Ontario, est le cabinet membre canadien de Deloitte Touche Tohmatsu Limited.

Deloitte désigne une ou plusieurs entités parmi Deloitte Touche Tohmatsu Limited, société fermée à responsabilité limitée par garanties du Royaume-Uni, ainsi que son réseau de cabinets membres dont chacun constitue une entité juridique distincte et indépendante. Pour obtenir une description détaillée de la structure juridique de Deloitte Touche Tohmatsu Limited et de ses sociétés membres, voir [www.deloitte.com/ca/apropos](http://www.deloitte.com/ca/apropos).

© Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. et ses sociétés affiliées. 13-3516