

**Enquête de la
Régie de l'assurance maladie du Québec
sur le
Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc.**

Faits saillants et analyse

16 février 2012

1. L'enquête réalisée

À la suite de situations rapportées dans le *Journal de Québec* en avril et mai 2010 concernant la clinique montréalaise RocklandMD, qui aurait réclamé un montant de 17 000 \$ à des personnes pour une gastrectomie verticale, et compte tenu de demandes de remboursement reçues, la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie) a fait enquête sur le Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc.

Le Complexe Santé RocklandMD, (100, chemin Rockland, Mont-Royal) comprend deux principaux locataires : une clinique médicale (Clinique de médecine Rockland MD inc.) et un centre de chirurgie (Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc.), qui se décrivent comme suit :

- La Clinique médicale RocklandMD (la Clinique) est une clinique médicale regroupant des services de médecine générale, de médecine préventive, de médecine spécialisée et de services complémentaires, dont la nutrition. La plupart des médecins omnipraticiens pratiquant à la clinique ne participent pas au régime d'assurance maladie du Québec, tandis que la très grande majorité des médecins spécialistes pratiquant à la Clinique médicale RocklandMD participent au régime d'assurance maladie du Québec;
- Le Centre de chirurgie et de médecine RocklandMD (le Centre) fait de la chirurgie générale, de la chirurgie orthopédique, de la chirurgie urologique, de la chirurgie des varices, de la chirurgie bariatrique et de la chirurgie plastique. On y fait également des gastroscopies et des coloscopies diagnostiques et de dépistage. À cet effet, le Centre dispose d'un bloc opératoire comprenant deux salles d'opération, une salle d'endoscopie et une salle de soins postopératoires de 12 lits. Les actes chirurgicaux sont couverts, pour la plupart, par la Régie. Les médecins spécialistes qui y pratiquent participent tous au régime d'assurance maladie du Québec.

L'actionnaire majoritaire de la Clinique et du Centre est M. Fernand Taras.

L'enquête n'a pas porté sur les services dispensés par le Centre dans le cadre de l'entente avec l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal. En effet, le Centre a un permis de Clinique médicale spécialisée et a une entente avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour des interventions chirurgicales. En bref, dans le cadre de cette entente, le Centre met son infrastructure à la disposition des usagers de l'hôpital et celui-ci s'engage à fournir le matériel (les fournitures), les anesthésiologistes et les chirurgiens nécessaires pour effectuer les interventions chirurgicales prévues à l'entente. En contrepartie des services rendus par le Centre, l'hôpital lui verse un montant par jour de chirurgie effectué. Ainsi, le Centre ne peut exiger d'une personne qu'elle paie pour des services reçus dans le cadre de cette entente.

L'enquête a plutôt porté sur les frais exigés des personnes assurées dans le cadre d'autres interventions chirurgicales au Centre. L'enquête a permis de démontrer ce qui suit :

- Les frais exigés des personnes lors de chirurgies assurées par la Régie et effectuées au Centre le sont uniquement pour des « Forfaits Santé », lesquels consistent en des frais d'accompagnement à la chirurgie par une infirmière, soit un service d'enseignement, un suivi téléphonique postopératoire et un service téléphonique d'urgence 24 heures.

Toutefois, les reçus détaillés, lorsque fournis, ont démontré que le forfait inclut

d'autres services, tels que des frais d'ouverture de dossier, des frais d'accompagnement à la chirurgie par une infirmière et aussi des fournitures accessoires à un service assuré (ex. : anneau gastrique dans le cas d'une chirurgie bariatrique);

- Les services inclus dans le « Forfait Santé » sont fournis par une entité corporatif indépendante, la Clinique. Selon les documents obtenus, les « Forfaits Santé » varient entre 250 \$ et 18 750 \$ selon la nature de l'intervention chirurgicale;
- Une personne assurée qui désire se faire opérer au Centre doit nécessairement passer par la Clinique afin d'acheter un « Forfait Santé ». Ainsi, selon la très grande majorité des personnes assurées interrogées dans le cadre de l'enquête, elles n'auraient pas obtenu une chirurgie au Centre si elles n'avaient pas déboursé à la Clinique les frais requis pour un « Forfait Santé ». Mentionnons que les médecins spécialistes ont été rémunérés par la Régie pour les interventions chirurgicales qu'ils ont effectuées au Centre pour ces personnes;
- La Clinique ne verse aucun montant au Centre pour couvrir les frais liés aux chirurgies assurées par la Régie qui y sont effectuées;
- Les médecins spécialistes pratiquant au Centre sont tous participants au régime d'assurance maladie du Québec. Les chirurgiens pratiquant au Centre ne reçoivent que la rémunération versée par la Régie pour les services rendus aux personnes assurées. Toutefois, certains anesthésiologistes pratiquant au Centre reçoivent de celui-ci, en plus des actes payés par la Régie, un montant pour des gardes en disponibilité relatifs à des chirurgies assurées effectuées en dehors de l'Entente avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

2. Analyse de la Régie

À la lumière des faits constatés, la Régie considère que les pratiques suivantes du Centre ne respectent pas les dispositions de la Loi.

- **Le paiement d'un forfait obligatoire pour recevoir des services médicaux assurés**

Étant donné que le « Forfait Santé » est obligatoire pour recevoir des services assurés de médecins participant au régime d'assurance maladie du Québec, il constitue par le fait même des frais accessoires à un service médical assuré, ce qui est expressément prohibé par le neuvième alinéa de l'article 22 de la Loi. En l'occurrence, le Centre a exigé le paiement de ce forfait et la Clinique l'a facturé et a reçu paiement; les deux entreprises ont donc contrevenu à cet alinéa.

De plus, la facturation de frais aux personnes assurées sous la forme de forfaits contrevient au troisième alinéa de l'article 22.0.0.1 de la Loi, puisque la remise d'une facture détaillée présuppose que le service ou la fourniture ont été rendus ou fournis lors du paiement. Un forfait, même si son coût est affiché, ne respecte pas, de ce fait, toutes les exigences de la Loi.

- **La facturation de services, fournitures ou frais accessoires à un service assuré**

Même si les services, fournitures ou frais inclus dans le « Forfait Santé » n'avaient pas fait l'objet d'un forfait obligatoire, la majorité d'entre eux n'en auraient pas moins, même considérés individuellement, constitué des frais illégaux en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de la Loi.

En effet, la Régie conclut que les frais couverts par le « Forfait Santé », exigés des personnes assurées lors de chirurgies assurées par le régime d'assurance maladie et effectuées au Centre, consistent principalement en des frais préopératoires et postopératoires liés à une chirurgie assurée (ex. : frais d'ouverture de dossier, frais pour le questionnaire préopératoire par l'infirmière, frais d'accompagnement à la chirurgie par une infirmière, services d'enseignement et d'information, suivi téléphonique postopératoire, etc.) et en fournitures accessoires à un service assuré (ex. : anneau gastrique). Ces frais ne peuvent être facturés car ils ne font pas partie des frais accessoires prescrits ou prévus dans une entente qui peuvent, en vertu de l'alinéa cité au paragraphe précédent, être facturés aux personnes assurées.

- **Les paiements versés aux anesthésiologistes**

Certains anesthésiologistes participants au régime d'assurance maladie du Québec ont reçu des sommes du Centre pour des gardes en disponibilité dans le cadre de chirurgies assurées par la Régie et effectuées au Centre mais en dehors de l'entente conclue avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Une telle rémunération contrevient, de l'avis de la Régie, au quatrième alinéa de l'article 22 de la Loi, qui précise qu'un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente.

La Régie a fait part des résultats de son analyse au Centre et à la Clinique afin que ces entreprises modifient leur modèle d'affaires pour se conformer à la Loi. Le Centre a également été informé que les personnes assurées qui feront une demande de remboursement à la Régie attestant l'une ou l'autre des pratiques illégales constatées, se verront rembourser les frais payés. La Régie réclamera par la suite ces frais au Centre et à la Clinique.

3. Modalités de remboursement des frais illégalement facturés aux personnes assurées

En vertu de la Loi sur l'assurance maladie, lorsque la Régie est d'avis qu'un professionnel de la santé ou un tiers a exigé un paiement d'une personne assurée à l'encontre de cette loi, elle rembourse à la personne assurée la somme ainsi versée et en avise par écrit le professionnel de la santé ou le tiers.

La Régie peut effectuer un tel remboursement uniquement lorsque la personne assurée lui en fait la demande écrite dans l'année suivant la date du paiement. La somme ainsi remboursée et les frais d'administration prescrits constituent une dette envers la Régie et peuvent être recouverts de ce professionnel de la santé ou de ce tiers par compensation ou autrement, à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de cet avis.

La personne doit transmettre sa demande à la Régie à l'adresse suivante :

Demande de remboursement
Direction des affaires professionnelles

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Les factures détaillées et les preuves de paiement originales doivent être jointes. Au besoin, la Régie communiquera avec les personnes concernées pour leur faire part des preuves additionnelles qui pourraient être requises afin de compléter l'analyse des demandes de remboursement.