



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016

Vérification de l'optimisation des ressources
Automne 2015

Rémunération des médecins : conception et suivi des ententes

Ministère de la Santé et des Services sociaux

CHAPITRE

2

Faits saillants

Objectif des travaux

La rémunération des médecins est versée en vertu d'ententes de rémunération négociées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les fédérations médicales. Ces ententes permettent de fixer le montant des enveloppes budgétaires globales et de définir les modalités de rémunération. Les dernières ententes couvraient la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015.

Généralement, c'est la rémunération à l'acte qui s'applique, et des mesures incitatives peuvent s'y ajouter afin d'influencer le comportement des médecins. Par exemple, une rémunération supplémentaire pourra être accordée en fonction du type de clientèle prise en charge par le médecin. Nos travaux visaient à nous assurer que le MSSS a pris les moyens nécessaires pour que les ententes conclues avec les fédérations des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes permettent une gestion efficace et efficiente de la rémunération des médecins, et qu'il exerce un suivi approprié de l'application de ces ententes et de leurs résultats.

Le rapport entier est disponible au www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant la conception et le suivi des ententes de rémunération des médecins.

Les coûts associés à la rémunération des médecins dépassent de 416,7 millions de dollars les enveloppes budgétaires globales qui avaient été établies dans les ententes de rémunération 2010-2015. Pour les médecins omnipraticiens, les décisions prises par le MSSS ne respectent pas les modalités prévues dans l'entente de rémunération. Par conséquent, les coûts sont de 32,7 millions de plus que ce qui était prévu. Pour les médecins spécialistes, la sous-évaluation de l'évolution de la pratique médicale lors des négociations a mené à un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale de 384 millions.

Les protocoles d'accord portant sur l'étalement de la rémunération des médecins augmentent les risques liés à la gestion des obligations financières du MSSS. À partir de 2018-2019, des coûts additionnels s'ajouteront aux ententes qui seront alors en vigueur, lesquels atteindront 602 millions en 2020-2021. En outre, l'économie de 394 millions prévue lors de la signature des protocoles ne sera pas au rendez-vous puisque certains éléments viennent réduire significativement cette économie potentielle, voire l'annuler à moyen terme. Par ailleurs, ces protocoles limitent la capacité du ministère à influencer le comportement des médecins par l'intermédiaire de la rémunération.

La conception des mesures incitatives faite dans le cadre de la gestion actuelle des enveloppes budgétaires ne favorise pas l'amélioration réelle de l'accessibilité aux services. Si le MSSS et la fédération médicale ne s'entendent pas sur une cible à atteindre ou sur les conditions à respecter, les sommes disponibles pour la mise en œuvre de mesures incitatives demeurent à l'intérieur de l'enveloppe. Ces sommes seront ultérieurement versées aux médecins, sous une forme ou sous une autre.

Des objectifs ont été déterminés pour la quasi-totalité des mesures incitatives analysées mais, sauf quelques exceptions, ils ne sont accompagnés d'aucune cible ni d'aucun indicateur permettant d'évaluer le degré d'efficacité de celles-ci. De plus, lorsque les résultats obtenus montrent peu ou pas d'amélioration dans la prestation de services, les actions entreprises par le MSSS pour corriger la situation sont insuffisantes.

La complexité d'application et de contrôle des nouvelles modalités de rémunération, les délais d'implantation de celles-ci et les coûts de développement des systèmes informatiques ne sont pas suffisamment pris en compte dans les ententes de rémunération.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du MSSS. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires de l'entité vérifiée.

Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère

- 1 Revoir le mode de gestion des enveloppes budgétaires globales afin de mieux assumer ses responsabilités relatives à la rémunération des médecins et de permettre une gestion plus économique et transparente de celle-ci.**
- 2 S'assurer de disposer des outils nécessaires à la comparaison interprovinciale de la rémunération des médecins en vue de dresser un portrait rigoureux de la situation, advenant la volonté de justifier des augmentations salariales sur de telles bases.**
- 3 Définir des paramètres d'application des mesures incitatives qui entraîneront un changement de comportement significatif chez les médecins et inscrire ces mesures dans une stratégie globale afin de favoriser une efficacité et une efficience accrues de la prestation de services des médecins.**
- 4 Déterminer des cibles et des indicateurs pour l'ensemble des mesures incitatives, faire un suivi rigoureux de ceux-ci et entreprendre des actions correctives lorsque les résultats ne montrent pas l'atteinte de la prestation de services attendue.**
- 5 Tenir davantage compte, en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la complexité d'application des modalités de rémunération convenues avec les fédérations médicales, des coûts de développement des systèmes informatiques et des délais d'implantation de ces modalités dans les systèmes.**

Table des matières

1 Mise en contexte	6
2 Résultats de la vérification	9
2.1 Enveloppes budgétaires globales	9
Soldes non dépensés ou dépassement des sommes prévues	
Étalement de certaines sommes consenties pour la rémunération	
Recommandation	
2.2 Rattrapage salarial avec les autres provinces	23
Recommandation	
2.3 Mesures incitatives	25
Conception des mesures incitatives proposées aux médecins omnipraticiens	
Suivi des résultats visés par les mesures incitatives	
Recommandations	
2.4 Répercussions administratives des ententes de rémunération	34
Recommandation	
Commentaires de l'entité vérifiée	37
Annexes et sigles	41

Équipe

Martin St-Louis
Directeur de vérification

Dominic Bourque
Maud Déry
Josée Levasseur
Étienne Piedboeuf

Au cours de la période couverte par les ententes, le MSSS et les fédérations médicales conviennent de modifications, principalement afin de définir ou de préciser des modalités de rémunération.

1 Mise en contexte

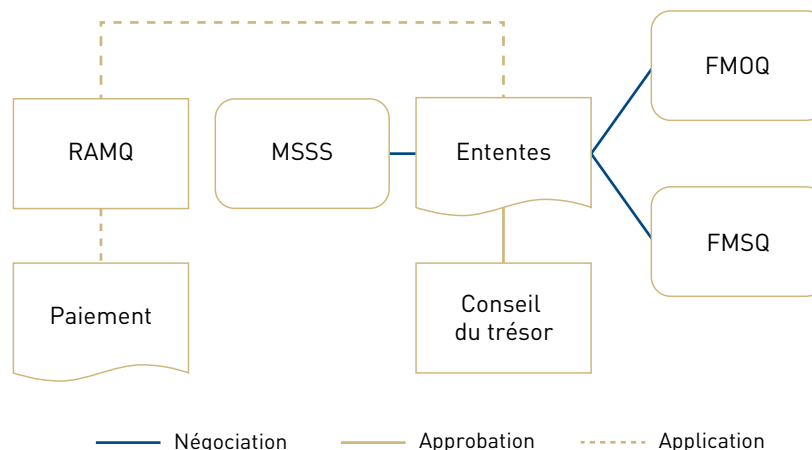
1 Le Québec compte près de 21 000 médecins omnipraticiens et spécialistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Leur rémunération est versée en vertu d'ententes négociées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les représentants de leur fédération médicale, soit la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

2 Plus précisément, ces ententes permettent de fixer le montant des enveloppes budgétaires globales pour la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes et de définir les modalités de rémunération, par exemple celles propres à un milieu de pratique, comme les services d'urgence. Les ententes sont renouvelées périodiquement et les dernières couvraient la **période** du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. Lorsque nous avons mis fin à nos travaux en octobre 2015, les négociations pour le renouvellement de ces ententes n'étaient pas encore amorcées.

3 La RAMQ est responsable de rémunérer les médecins conformément aux modalités convenues dans les ententes de rémunération. Elle doit également exercer des activités de contrôle et de surveillance relativement aux paiements effectués et, s'il y a lieu, récupérer les sommes versées en trop.

4 La figure 1 donne un portrait des parties prenantes du processus de rémunération des médecins (voir la section Enveloppes budgétaires globales pour une description plus complète du processus).

Figure 1 Parties prenantes du processus de rémunération des médecins



5 Au cours de l'année 2013-2014, la RAMQ a versé aux médecins près de 6,3 milliards de dollars (tableau 1).

Tableau 1 Rémunération versée en 2013-2014

	En millions de dollars ¹	Nombre de médecins ²
Médecins spécialistes	3 986	11 053
Médecins omnipraticiens	2 295	9 830
Total	6 281	20 883

1. Est notamment incluse la rémunération versée aux médecins travaillant pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales.

2. Il s'agit des médecins ayant le droit de facturer des services rendus à la RAMQ au 31 mars 2014.

Source : RAMQ.

6 Différents modes de rémunération peuvent être utilisés mais, de façon générale, c'est la rémunération à l'acte qui s'applique. Ainsi, sur la base des services rendus aux personnes assurées, une somme est versée aux médecins pour chaque acte médical accompli. La facturation en fonction de l'acte représente 62 % (3,9 milliards de dollars) de l'ensemble des sommes payées aux médecins. Les autres modes de rémunération sont, notamment, la rémunération mixte ainsi que le salaire et les honoraires. L'annexe 2 présente les différents modes de rémunération ayant cours au Québec et les dépenses qui y sont associées pour l'année 2013-2014.

Rémunération à l'acte et mesures incitatives

7 En janvier 2014, la rémunération à l'acte se rapportait à plus de 11 000 codes d'actes médicaux distincts associés à un tarif. Afin d'avoir droit à une rémunération pour les actes médicaux qu'il a effectués, le médecin doit adresser une demande de paiement à la RAMQ pour chaque personne assurée rencontrée en indiquant le ou les codes d'acte concernés. En 2013-2014, ce sont plus de 55 millions de demandes de paiement qui ont été traitées par la RAMQ.

8 Principalement au cours des 10 dernières années, des mesures incitatives se sont ajoutées à la rémunération des médecins afin d'encourager certains comportements ou de compenser financièrement certaines activités, telles que celles de nature administrative. Ainsi, un médecin pourra être rémunéré différemment selon plusieurs variables qui modifient à la hausse le montant de sa rémunération. Par exemple, une rémunération supplémentaire pourra être accordée en fonction du type de clientèle prise en charge par le médecin, de son milieu de pratique, de la région où il exerce, de sa plage horaire de travail ou encore du nombre de jours travaillés au cours d'une année.

Rôles et responsabilités

9 Voici les rôles et les responsabilités respectifs des deux principaux intervenants au regard de la rémunération des médecins.

MSSS	Le ministère est notamment responsable de réaliser les activités suivantes : ■ établir les politiques et les orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux, en suivre l'application et en faire l'évaluation ; ■ avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure avec les organismes représentatifs des médecins des ententes prévoyant la rémunération des services assurés ; ■ apprécier et évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux ; ■ donner des directives à la RAMQ portant entre autres sur les fonctions qui lui sont confiées.
RAMQ	La Régie a notamment pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime public d'assurance maladie. À ces fins, elle doit entre autres : ■ rémunérer les médecins soumis à l'application d'une entente pour un service assuré qu'ils ont eux-mêmes fourni à une personne assurée ; ■ contrôler la rémunération versée aux médecins ; ■ conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et le saisir de tout problème ou de toute question qu'elle juge de nature à nécessiter une étude ou une action ; ■ divulguer au ministre les renseignements nécessaires à la négociation et à l'application des ententes de rémunération, à la gestion de l'effectif qui y est soumis, au suivi du coût des mesures qui y sont prévues et au suivi budgétaire des sommes versées par la Régie.

10 Le processus de rémunération des médecins interpelle également d'autres intervenants, dont voici les rôles et les responsabilités.

FMOQ	Ce syndicat professionnel représentant les médecins omnipraticiens du Québec a notamment pour objectifs de veiller aux intérêts professionnels et scientifiques de ses membres et de négocier auprès des instances gouvernementales les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens.
FMSQ	Cette organisation-cadre a pour objectif de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations médicales affiliées sur les plans économique, professionnel, scientifique et social.

11 La présente vérification a été effectuée auprès du MSSS. L'objectif de vérification, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

2 Résultats de la vérification

12 La gestion de la rémunération des médecins est grandement tributaire de la façon dont sont conçues les ententes de rémunération ainsi que les modalités d'application et de suivi de celles-ci. Nos travaux se sont donc articulés autour de quatre axes.

13 D'abord, nous nous sommes penchés sur la manière dont le MSSS gère les enveloppes budgétaires globales négociées avec les fédérations médicales. Ensuite, nous nous sommes intéressés à la question du rattrapage salarial avec les médecins des autres provinces. Puis, nous avons examiné l'efficacité des mesures incitatives déterminées dans les ententes de rémunération. Enfin, nous avons regardé dans quelle mesure le MSSS a tenu compte des répercussions administratives sur les activités de la RAMQ des modalités de rémunération incluses dans les ententes.

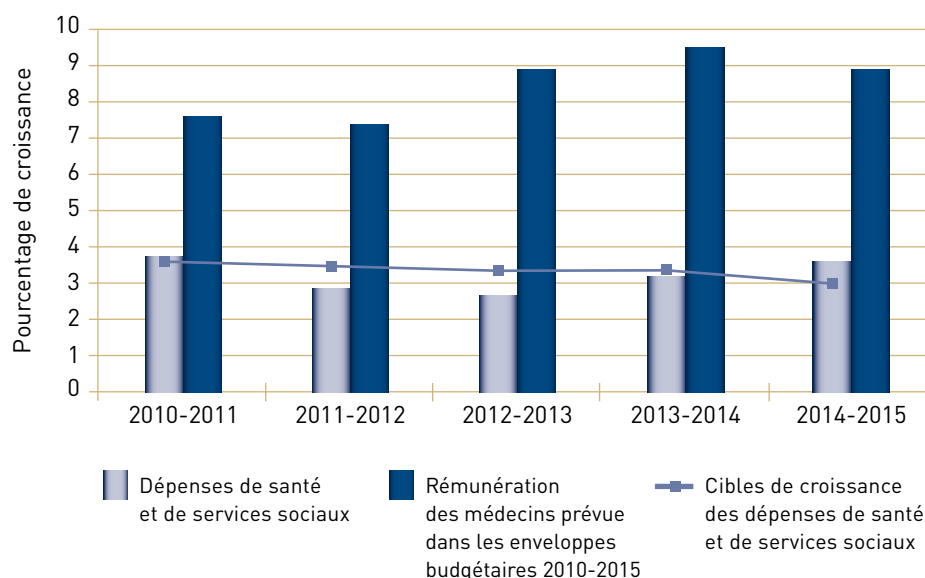
2.1 Enveloppes budgétaires globales

14 En 2013-2014, les **dépenses liées à la rémunération** du personnel du réseau de la santé et des services sociaux s'élevaient à plus de 22,7 milliards de dollars, dont 28 % étaient affectés à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Le réseau compte un effectif de plus de 309 000 personnes, y compris les 20 883 médecins omnipraticiens et spécialistes.

15 Les dépenses de santé et de services sociaux sont celles qui ont connu la plus forte croissance au cours des dernières années. Pendant la dernière période couverte par les ententes de rémunération des médecins (2010-2015), le gouvernement a choisi de limiter l'augmentation annuelle des dépenses de santé entre 3 et 4 %. La progression réelle de ces dépenses a d'ailleurs oscillé autour de 3 % au cours de cette période. De son côté, la croissance annuelle de la rémunération des médecins prévue dans les enveloppes budgétaires était plus importante, soit de 7,3 à 9,6 % (figure 2).

Les dépenses liées à la rémunération s'inscrivent à l'intérieur des dépenses consolidées du gouvernement en matière de santé et de services sociaux, qui se sont élevées à 35,6 milliards de dollars pour l'exercice 2013-2014.

Figure 2 Croissance des dépenses de santé et de services sociaux et de la rémunération des médecins¹



1. La croissance des dépenses de santé et de services sociaux ainsi que les cibles de croissance excluent les dépenses financées par le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux. Les revenus de ce fonds, qui proviennent en grande partie de la contribution santé, ne servent pas au programme de la RAMQ utilisé pour la rémunération des médecins. Par ailleurs, les dépenses de santé et de services sociaux pour l'année 2014-2015 sont des données préliminaires.

Sources : Ministère des Finances du Québec ; MSSS.

16 Les sommes consacrées à la rémunération des médecins sont prévues dans des enveloppes budgétaires globales, lesquelles sont déterminées à la suite de négociations entre le MSSS et chacune des fédérations médicales. Les enveloppes budgétaires sont consignées à l'intérieur d'ententes de rémunération. Avant de commencer les négociations, le MSSS doit obtenir du Conseil du trésor un mandat lui précisant la marge financière dont il dispose pour accorder des augmentations relatives à la rémunération. À la fin du processus de négociation avec les fédérations médicales, le MSSS doit présenter les ententes au Conseil du trésor afin que ce dernier autorise le ministre de la Santé et des Services sociaux à les signer.

17 Lors du dernier renouvellement des ententes, l'enveloppe budgétaire des médecins omnipraticiens et celle des médecins spécialistes ont été déterminées pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. Toutefois, à l'intérieur de ces ententes, des effets budgétaires sont prévus jusqu'en 2016-2017 puisque des sommes sont allouées à certaines modalités de rémunération pour les exercices 2015-2016 et 2016-2017.

18 Le montant de l'enveloppe budgétaire globale à la fin de la période de l'entente précédente représente le point de départ au moment du renouvellement de cette entente. Des sommes sont ajoutées à ce montant pour les raisons suivantes :

- Augmenter les taux de rémunération offerts aux médecins, notamment les tarifs associés aux actes médicaux (tableau 2, lignes B et G). À titre d'exemple, ces sommes ont permis d'augmenter le tarif versé à un pédiatre pour la visite d'un patient devant être hospitalisé. Ce tarif est passé de 101 dollars en 2009 à 165 dollars en 2015.
- Mettre en place des mesures incitatives ayant notamment pour objectif d'améliorer l'accessibilité des services ou la pratique médicale (tableau 2, lignes C et H). Par exemple, une somme additionnelle correspondant à 23 % du tarif de l'acte est allouée aux médecins omnipraticiens exerçant en cabinet pour tous les services offerts le vendredi de 20 heures à minuit, ou encore une somme supplémentaire est accordée pour chacun des patients inscrits au-delà des seuils prescrits.
- Tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, occasionnée principalement par la croissance du nombre de médecins. Un pourcentage annuel d'augmentation de 1 % de l'enveloppe budgétaire globale des médecins omnipraticiens et de 2 % de celle des médecins spécialistes a été consenti pour la période 2010-2015 (tableau 2, lignes D et I).

L'évolution de la pratique médicale tient compte de l'ajout net d'effectifs médicaux et des modifications en lien avec la productivité des médecins, notamment avec l'inscription et le suivi d'un nombre plus important de patients.

19 Les nouvelles sommes ajoutées, qui sont habituellement récurrentes, se greffent ainsi à celles accordées au cours des années précédentes et font croître l'enveloppe budgétaire globale. Le tableau 2 brosse le portrait des enveloppes budgétaires globales allouées aux médecins omnipraticiens et spécialistes conformément aux ententes 2010-2015 et expose les effets budgétaires déjà prévus pour les exercices 2015-2016 et 2016-2017. Les justifications des augmentations accordées de même que des données plus détaillées sont présentées à l'annexe 3.

Tableau 2 Enveloppes budgétaires globales (en millions de dollars)¹

Ententes précédentes		Ententes 2010-2015					Effets budgétaires ²	
2009-2010		2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Médecins omnipraticiens								
A	Enveloppe budgétaire initiale	1 709,7	1 796,5	1 913,5	2 081,2	2 272,7	2 462,6	2 586,4
	Augmentations salariales ³							
B	Taux de rémunération ⁴	44,4	49,3	70,5	91,2	73,8	30,6	–
C	Mesures incitatives	24,7	48,7	76,6	77,9	91,8	93,2	12,5
D	Évolution de la pratique médicale (1 %)	17,7	19,0	20,6	22,4	24,3	n.d. ⁵	n.d. ⁵
E	Enveloppe budgétaire globale	1 709,7	1 796,5	1 913,5	2 081,2	2 272,7	2 462,6	2 586,4
Médecins spécialistes								
F	Enveloppe budgétaire initiale	2 773,4 ⁶	2 989,9	3 224,1	3 512,6	3 855,4	4 206,3	4 441,4
	Augmentations salariales							
G	Taux de rémunération	87,7	101,5	150,5	190,8	181,9	106,2	–
H	Mesures incitatives ⁷	73,0	72,8	73,6	81,7	91,8	128,9	24,0
I	Évolution de la pratique médicale (2 %)	55,8	59,9	64,4	70,3	77,2	n.d. ⁵	n.d. ⁵
J	Enveloppe budgétaire globale	2 738,2⁶	2 989,9	3 224,1	3 512,6	3 855,4	4 206,3	4 441,4
K	Total	4 447,9	4 786,4	5 137,6	5 593,8	6 128,1	6 668,9	7 027,8
L	Croissance annuelle (%)		7,6	7,3	8,9	9,6	8,8	s.o.

1. Le portrait des enveloppes budgétaires ne prend pas en considération les protocoles d'accord portant sur l'étalement conclus en novembre 2014 entre le MSSS et chacune des fédérations médicales.
2. Les sommes présentées pour les années 2015-2016 et 2016-2017 sont des sommes qui ne prennent pas en compte l'impact du renouvellement des ententes de rémunération, qui sont venues à échéance le 31 mars 2015.
3. Bien que les médecins ne soient pas des salariés, le terme « augmentations salariales » représente l'ensemble des augmentations associées aux revenus des médecins.
4. Est inclus l'ajustement pour le financement des coûts supplémentaires liés à des conditions particulières de rémunération pour les médecins travaillant dans un groupe de médecine de famille (GMF).
5. Les ententes de rémunération convenues pour la période 2010-2015 ne prévoyaient pas de sommes d'argent pour l'évolution de la pratique médicale au-delà de cette période.
6. L'écart entre l'enveloppe budgétaire globale pour l'année 2009-2010 et l'enveloppe budgétaire initiale pour l'année 2010-2011 s'explique principalement par un ajustement de 33 millions, qui tient compte des dépenses réelles de l'année 2009-2010 (voir les explications dans le paragraphe 42).
7. Est notamment inclus l'ajustement pour le programme de procréation assistée.

Source : MSSS.

20 La façon dont les enveloppes budgétaires globales ont été conçues et administrées par le MSSS ne permet pas une gestion économique et transparente des fonds alloués à la rémunération des médecins.

21 Contrairement à une enveloppe budgétaire fermée (niveau de dépenses plafonné) ou aux enveloppes budgétaires allouées aux autres professionnels de la santé, les enveloppes budgétaires pour la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes représentent une garantie quant aux sommes minimales qui leur seront versées. Cette façon de faire a eu pour principale conséquence que les coûts associés aux enveloppes budgétaires inscrites dans les ententes de rémunération 2010-2015 des médecins sont de 416,7 millions de dollars de plus que ce qui était prévu, soit 32,7 millions de plus pour les médecins omnipraticiens et 384 millions de plus pour les médecins spécialistes. Étant donné que le MSSS doit respecter les cibles de croissance des dépenses de santé et de services sociaux exigées du Conseil du trésor, cette situation place le ministère devant des enjeux budgétaires importants. Dans les sections qui suivent, nous expliquons les causes et les conséquences de cette situation.

Soldes non dépensés ou dépassement des sommes prévues

22 Les augmentations salariales associées à la rémunération des médecins (taux de rémunération et mesures incitatives) doivent être précisées avant d'être en vigueur puisque, de façon générale, une fois que l'enveloppe budgétaire globale est convenue, l'affectation des sommes n'est pas encore spécifiée. Donc, au cours de la période de l'entente, le MSSS et les fédérations médicales doivent convenir de la hausse des taux de rémunération ainsi que des nouvelles mesures incitatives qui seront progressivement mises en place pendant cette même période. Par exemple, ils peuvent décider d'augmenter davantage le tarif de certains actes afin de tenir compte des changements apportés à la pratique médicale.

23 Pour chacune des hausses de taux ou des nouvelles mesures incitatives, les parties conviennent des modalités d'application et des coûts y afférents, et ce, à l'intérieur d'un plan de financement (exemple : tableau 3, ligne E). Les coûts sont alors établis sur la base de prévisions actuarielles fondées sur des hypothèses, qui sont parfois difficiles à formuler de manière précise.

24 Si les parties ne parviennent pas à convenir de l'affectation de la totalité des sommes prévues pour les augmentations salariales, ces sommes sont conservées afin d'accorder ultérieurement des augmentations aux médecins. Cette différence entre les sommes disponibles pour les augmentations salariales et le coût projeté des augmentations convenues constitue un solde non dépensé

La vérification des coûts est effectuée sur la base des données établies par la RAMQ, lesquelles doivent tenir compte de la totalité des honoraires ou des remboursements versés pour les services rendus au cours de l'année.

prévu (exemple : tableau 3, ligne F). Dans le cas contraire, si les sommes prévues pour les augmentations sont supérieures à celles disponibles, cela représente un dépassement des sommes disponibles.

25 Il faut bien comprendre que le plan de financement découlant des ententes de rémunération demeure théorique puisque les dépenses réelles peuvent être différentes des prévisions actuarielles. C'est pourquoi le MSSS et les fédérations médicales doivent effectuer annuellement une **vérification des coûts** liés à la rémunération des médecins, comme il est prévu dans les ententes. Cet exercice permet notamment de comparer les dépenses réelles avec les sommes déterminées dans les enveloppes budgétaires pour assurer le respect de ces dernières (exemple : tableau 3, ligne C).

26 Si les dépenses réelles sont moindres que les sommes déterminées, les montants ainsi disponibles sont réaffectés dans les enveloppes. Advenant le dépassement des sommes déterminées pour une année, le MSSS et les fédérations médicales doivent introduire les mesures correctives appropriées. Ces mesures doivent permettre, d'une part, d'assurer le remboursement dans la période subséquente des sommes excédentaires versées et, d'autre part, d'éviter tout dépassement lors de la période suivante (voir l'annexe 4, qui présente des extraits des ententes de rémunération concernant la vérification des coûts).

27 Au bout du compte, ces façons de faire mènent à la création d'un solde cumulatif non dépensé (ou d'un dépassement), lequel est ajusté chaque année (exemple : tableau 3, lignes G, H et I).

Médecins omnipraticiens

28 Les décisions prises par le MSSS relativement à l'enveloppe budgétaire globale des médecins omnipraticiens ne respectent pas les modalités prévues dans l'entente de rémunération. Par conséquent, les coûts associés à l'enveloppe budgétaire inscrite dans l'entente 2010-2015 des médecins omnipraticiens sont de 32,7 millions de dollars de plus que ce qui était prévu.

29 Une vérification des coûts en fonction des dépenses réelles a été effectuée annuellement par le MSSS et la FMOQ. Par contre, lorsqu'il y a eu dépassement, aucune mesure corrective n'a été prise afin de rembourser les sommes excédentaires et d'éviter un autre dépassement lors de la période suivante. Du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2014, les dépenses réelles ont excédé de 15,6 millions de dollars les sommes prévues dans l'enveloppe budgétaire (tableau 3, ligne C).

30 Malgré ce dépassement selon les dépenses réelles, le solde cumulatif non dépensé a tout de même crû de 17,1 millions durant la même période (tableau 3, ligne H). Par conséquent, les coûts associés à l'enveloppe budgétaire inscrite dans l'entente 2010-2015 pour la rémunération des médecins omnipraticiens sont de 32,7 millions de plus (addition de 15,6 et de 17,1 millions) que ce qui était prévu dans l'enveloppe budgétaire globale (tableau 3).

Tableau 3 Coûts liés à la rémunération des médecins omnipraticiens (en millions de dollars)

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Total
Selon les dépenses réelles					
A Enveloppe budgétaire globale (tableau 2, ligne E)	1 796,5	1 913,5	2 081,2	2 272,7	8 063,9
B Dépenses réelles	1 801,0	1 930,4	2 074,7	2 273,4	8 079,5
C Solde non dépensé (dépassement) réel	(4,5)	(16,9)	6,5	(0,7)	(15,6)
Selon le plan de financement					
D Augmentations salariales prévues dans l'enveloppe budgétaire ¹	63,2	156,8	300,4	466,9	987,3
E Estimation de l'affectation des sommes ²	72,3	153,1	283,5	490,8	999,7
F Solde non dépensé (dépassement) prévu	(9,1)	3,7	16,9	(23,9)	(12,4)
Solde cumulatif non dépensé (dépassement)					
G Solde d'ouverture	65,9 ³	61,4	65,1	82,0	s.o.
H Ajustement du solde cumulatif	(4,5)	3,7	16,9	1,0	17,1
I Solde de fermeture	61,4	65,1	82,0	83,0	s.o.

1. Est exclu l'ajustement pour le financement des coûts supplémentaires liés à des conditions particulières de rémunération pour les médecins travaillant dans un GMF.

2. L'estimation de l'affectation des sommes est établie sur la base d'analyses actuarielles convenues entre le MSSS et la FMOQ dans le plan de financement.

3. Il s'agit du solde cumulatif non dépensé à la fermeture de l'enveloppe budgétaire précédente (31 mars 2010).

Source : Information compilée à partir des données du MSSS.

31 L'augmentation du solde cumulatif non dépensé, alors que les dépenses réelles excèdent les sommes prévues dans l'enveloppe budgétaire globale, s'explique par certaines décisions prises par le MSSS, lesquelles ne reposent pas sur les mêmes bases d'une année à l'autre et ne respectent pas les modalités prévues dans l'entente de rémunération. Les faits exposés ci-dessous démontrent que ces décisions tendent à favoriser l'augmentation du solde cumulatif non dépensé.

- En 2010-2011, le dépassement réel de 4,5 millions de dollars (tableau 3, ligne C), soit la différence entre le montant de l'enveloppe budgétaire globale et les dépenses réelles, était de moindre importance que le dépassement qui était prévu dans le plan de financement (9,1 millions) (tableau 3, ligne F). Le dépassement réel a donc été utilisé au lieu du dépassement prévu pour diminuer le solde cumulatif non dépensé (tableau 3, ligne H).
- En 2011-2012 et en 2012-2013, les décisions prises à l'égard du solde cumulatif non dépensé ont été différentes de celles prises en 2010-2011. Les soldes non dépensés prévus dans le plan de financement (tableau 3, ligne F) ont été utilisés pour hausser le solde cumulatif non dépensé de 3,7 millions en 2011-2012 et de 16,9 millions en 2012-2013 (tableau 3, ligne H), malgré les résultats obtenus selon les dépenses réelles (tableau 3, ligne C). Si l'on avait appliqué les mêmes décisions que celles prises en 2010-2011, le solde cumulatif non dépensé aurait été diminué de 16,9 millions en 2011-2012 et haussé de seulement 6,5 millions en 2012-2013 (tableau 3, ligne C).

- En 2013-2014, les décisions ont encore été prises sur des bases différentes. Le dépassement prévu selon le plan de financement était de 23,9 millions (tableau 3, ligne F). Cette somme était constituée d'un dépassement prévu de 25,6 millions relatif aux mesures incitatives et d'un solde non dépensé prévu de 1,7 million associé aux augmentations tarifaires. Cette dernière somme de 1,7 million a été considérée pour hausser le solde cumulatif non dépensé, de laquelle a été déduit le dépassement réel de 0,7 million (tableau 3, ligne C). Donc, le solde cumulatif non dépensé a été augmenté d'un million (tableau 3, ligne H), malgré un dépassement prévu de 23,9 millions selon le plan de financement et un dépassement réel de 0,7 million.

32 Historiquement, les décisions prises lors du renouvellement des enveloppes budgétaires globales démontrent que les sommes qui y sont prévues sont considérées comme un montant minimal garanti qui sera versé aux médecins omnipraticiens. À cet égard, nous avons observé les faits suivants, lesquels se sont produits lors des deux derniers renouvellements :

- Au 31 mars 2004, le solde cumulatif non dépensé de l'enveloppe budgétaire s'élevait à 38,6 millions de dollars. Cette somme a été versée aux médecins de façon forfaitaire et proportionnellement à la rémunération qu'ils avaient reçue au cours des deux exercices précédents.
- Au 31 mars 2010, le solde cumulatif non dépensé de l'enveloppe budgétaire était de 65,9 millions. Cette somme a été reportée au solde cumulatif non dépensé de l'enveloppe budgétaire 2010-2015 (tableau 3, ligne G), ce qui rend cette somme disponible pour des augmentations salariales au cours des années subséquentes.

Médecins spécialistes

33 Comme il a été expliqué précédemment, les coûts totaux liés à la rémunération des médecins sont fonction de deux variables, soit les augmentations salariales accordées (taux de rémunération et mesures incitatives) et l'évolution de la pratique médicale (principalement en lien avec la croissance du nombre de médecins). Pour la période 2010-2015, le pourcentage annuel d'augmentation associé à l'évolution de la pratique médicale des médecins spécialistes a été préalablement établi à 2 %. Toutefois, au moment où ce pourcentage d'augmentation a été fixé, les prévisions du MSSS indiquaient que celui-ci pouvait s'attendre à une hausse annuelle pouvant aller jusqu'à 3 % pour la période 2010-2015.

34 Par ailleurs, contrairement à l'entente convenue avec la FMOQ, celle relative aux médecins spécialistes inclut une clause particulière qui vient préciser qu'un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale ne peut compromettre les augmentations salariales prévues. Donc, peu importe les dépenses réelles, le solde non dépensé (ou le dépassement) prévu dans le plan de financement (tableau 4, ligne F) sera utilisé pour ajuster le solde cumulatif non dépensé (tableau 4, ligne H).

35 Étant donné que l'évolution de la pratique médicale a été sous-évaluée lors des négociations, les coûts associés à l'enveloppe budgétaire inscrite dans l'entente de rémunération 2010-2015 des médecins spécialistes sont de 384 millions de dollars de plus que ce qui était prévu.

36 L'évolution de la pratique médicale est comparable à la variation du nombre d'employés pour une organisation. Ainsi, pour calculer l'impact financier sur l'enveloppe budgétaire globale, il est tout aussi important de considérer l'évolution de la pratique médicale que les augmentations salariales accordées. La sous-évaluation de l'évolution de la pratique médicale a diminué l'effet prévu de ce facteur sur l'enveloppe budgétaire globale.

37 Le fait pour le MSSS de considérer l'évolution de la pratique médicale la plus réaliste possible l'aurait forcé à faire un choix plus éclairé au moment de la signature de l'entente afin de respecter les sommes prévues dans l'enveloppe budgétaire globale. Il aurait alors dû opter pour l'un des scénarios suivants :

- ne pas accorder toutes les augmentations salariales envisagées (taux de rémunération et mesures incitatives) afin que les dépenses réelles respectent l'enveloppe budgétaire globale ;
- accorder les augmentations salariales envisagées en prévoyant les sommes nécessaires pour les financer, à même les autres programmes sous sa responsabilité ;
- obtenir des sommes additionnelles du Conseil du trésor.

38 Puisque les augmentations salariales ont été consenties sans qu'aucune somme additionnelle ne soit accordée par le Conseil du trésor et qu'une clause particulière de l'entente rendait ces augmentations immuables, le financement des dépassements réels pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2014, qui ont totalisé 64,6 millions de dollars (tableau 4, ligne C), a dû être assumé à même les dépenses des autres programmes de santé et de services sociaux.

39 De plus, malgré le dépassement de l'enveloppe budgétaire, les sommes dues aux médecins (solde cumulatif non dépensé) ont tout de même crû de 319,4 millions pour la même période (tableau 4, ligne H). Par conséquent, les coûts associés à l'enveloppe budgétaire inscrite dans l'entente 2010-2015 pour la rémunération des médecins spécialistes sont de 384 millions de plus (addition de 64,6 et de 319,4 millions) que ce qui était prévu (tableau 4).

40 Enfin, compte tenu de l'ampleur du solde cumulatif non dépensé, celui-ci a été reporté aux années suivantes, ce qui exercera une pression additionnelle sur les dépenses publiques futures (voir la section Étalement de certaines sommes consenties pour la rémunération).

Tableau 4 Coûts liés à la rémunération des médecins spécialistes (en millions de dollars)

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Total
Selon les dépenses réelles					
A Enveloppe budgétaire globale (tableau 2, ligne J)	2 989,9	3 224,1	3 512,6	3 855,4	13 582,0
B Dépenses réelles	3 012,8	3 258,9	3 399,5	3 975,4	13 646,6
C Solde non dépensé (dépassement) réel	(22,9)	(34,8)	113,1	(120,0)	(64,6)
Selon le plan de financement					
D Augmentations salariales prévues dans l'enveloppe budgétaire ¹	145,8	314,9	537,3	808,2	1 806,2
E Estimation de l'affectation des sommes ²	152,2	265,2	316,8	752,6	1 486,8
F Solde non dépensé (dépassement) prévu	(6,4)	49,7	220,5	55,6	319,4
Solde cumulatif non dépensé (dépassement)					
G Solde d'ouverture	42,7 ³	36,3	86,0	306,5	s.o.
H Ajustement du solde cumulatif	→ (6,4)	→ 49,7	→ 220,5	→ 55,6	319,4
I Solde de fermeture	36,3	86,0	306,5	362,1	s.o.

1. Est notamment exclu l'ajustement pour le programme de procréation assistée.

2. L'estimation de l'affectation des sommes est établie sur la base d'analyses actuarielles convenues entre le MSSS et la FMSQ dans le plan de financement.

3. Il s'agit du solde cumulatif non dépensé à la fermeture de l'enveloppe budgétaire précédente (31 mars 2010).

Source : Information compilée à partir des données du MSSS.

41 Comme pour les médecins omnipraticiens, la façon de gérer l'enveloppe budgétaire au moment du renouvellement de l'entente de rémunération convenue entre le MSSS et la FMSQ démontre que, historiquement, les sommes prévues dans l'enveloppe budgétaire globale sont considérées comme un montant minimal garanti qui sera versé aux médecins spécialistes.

42 À titre d'illustration, lors des négociations ayant mené à l'entente 2010-2015, le MSSS a convenu avec la FMSQ que le solde d'ouverture de l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins spécialistes serait augmenté de 33 millions de dollars par rapport au solde de fermeture de l'enveloppe budgétaire au 31 mars 2010 (tableau 2, note 6). Cette somme additionnelle a été accordée afin de prendre en considération la croissance des dépenses réelles en 2009-2010. Étant donné que cette somme était récurrente, cela avait pour effet d'injecter 165 millions de plus pour la rémunération des médecins spécialistes au cours de la période 2010-2015. Malgré cette somme supplémentaire de 165 millions, le solde cumulatif non dépensé de 42,7 millions (tableau 4, ligne G) de l'enveloppe budgétaire précédente (2006-2010) a également été reporté dans l'enveloppe budgétaire 2010-2015.

Étalement de certaines sommes consenties pour la rémunération

43 Notamment en raison d'un solde cumulé non dépensé de 445,1 millions de dollars au 31 mars 2014, soit 83,0 millions pour les médecins omnipraticiens (tableau 3, ligne I) et 362,1 millions pour les médecins spécialistes (tableau 4, ligne I), et en raison de la pression que cette somme à payer exerce sur les finances publiques, le gouvernement a enclenché un processus de négociation pour modifier les ententes de rémunération en vigueur. Ce processus avait pour objectifs de lui permettre de réaliser des économies et de faciliter l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Ainsi, en novembre 2014, le MSSS et chacune des fédérations médicales ont signé des protocoles d'accord afin principalement de modifier le calendrier de versement de certaines sommes consenties pour la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Ces protocoles prévoient l'étalement sur huit ans des sommes qui, au 31 mars 2014, n'avaient pas encore été allouées à l'augmentation de certains taux de rémunération ou à la mise en place de mesures incitatives.

44 Les protocoles d'accord prennent également en considération le fait que, au 31 mars 2015, les ententes de rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes en cours seraient échues et qu'un processus de négociation devrait être enclenché pour renouveler ces ententes. À cet égard, les protocoles précisent que l'étalement ne doit pas porter atteinte au droit des fédérations médicales d'obtenir d'autres augmentations salariales pour leurs membres.

Obligations financières

45 Les protocoles d'accord portant sur l'étalement, qui représentent des sommes de près de 5,3 milliards de dollars, augmentent les risques liés à la gestion des obligations financières du MSSS pour les années 2018-2019 à 2021-2022.

46 De façon générale, les protocoles d'accord ont été conçus afin de retarder l'attribution des augmentations salariales qui restaient à accorder et de s'assurer que la totalité des sommes prévues dans les enveloppes budgétaires seront versées aux médecins. Le tableau 5 détaille les sommes étalées par catégories pour les médecins omnipraticiens et spécialistes.

Tableau 5 Sommes étalées par catégories (en millions de dollars)

	Omnipraticiens	Spécialistes	Total
A Solde cumulé des augmentations salariales restant à accorder (ententes 2010-2015)	1 414,4	2 283,5	3 697,9
B Solde cumulatif non dépensé au 31 mars 2014	60,0 ¹	360,0 ²	420,0
C Accumulation des sommes qui auraient été payables s'il n'y avait pas eu d'étalement	651,6	512,1	1 163,7
D Versements convenus	2 126,0	3 155,6	5 281,6

1. Il s'agit du solde cumulatif non dépensé de 83,0 millions (tableau 3, ligne I), dont 23,0 millions n'ont pas été étalés.

2. Il s'agit du solde cumulatif non dépensé de 362,1 millions (tableau 4, ligne I), dont 2,1 millions n'ont pas été étalés.

Source : MSSS.

47 Le tableau 6 détaille d'abord les sommes prévues dans les ententes de rémunération qui n'avaient pas encore été allouées aux médecins au 31 mars 2014 (tableau 6, ligne A). Il détaille ensuite les sommes à étaler selon les protocoles d'accord convenus entre le MSSS et les fédérations médicales (voir tableau 5). Ainsi, l'écart entre les sommes à étaler (tableau 6, ligne B) et les versements convenus (tableau 6, ligne C) dans les protocoles d'accord constitue, pour les premières années, une économie temporaire et, pour les années suivantes, un coût additionnel pour le gouvernement par rapport aux sommes initialement prévues dans les ententes de rémunération 2010-2015.

Tableau 6 Portrait des sommes étalées (en millions de dollars)

	2014- 2015	2015- 2016	2016- 2017	2017- 2018	2018- 2019	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	Total
A Sommes prévues dans les ententes de rémunération	733,6	653,5	690,0	690,0	690,0	690,0	690,0	690,0	5 527,1
B Sommes à étaler selon les protocoles d'accord sur l'étalement	725,4	670,4	713,3	713,3	713,3	713,3	713,3	713,3	5 675,6
C Versements convenus	-	171,0	311,0	526,0	830,0	1 038,3	1 315,3	1 090,0	5 281,6
Coûts (économies)¹									
D Médecins omnipraticiens	(141,4)	(213,7)	(175,5)	(115,5)	(20,5)	65,0	225,0	376,6	-
E Médecins spécialistes	(584,0)	(285,7)	(226,8)	(71,8)	137,2	260,0	377,0	0,1	(394,0)
F Coûts (économies) totaux	(725,4)	(499,4)	(402,3)	(187,3)	116,7	325,0	602,0	376,7	(394,0)

→ Économies temporaires ← || → Coûts additionnels ←

1. Les économies temporaires et les coûts additionnels ne tiennent pas compte de la valeur de l'argent dans le temps, c'est-à-dire qu'une somme équivalant à un dollar aujourd'hui n'aura pas la même valeur demain.

Source : Information compilée à partir des données du MSSS.

48 Les paramètres d'étalement font que le gouvernement a des obligations financières moindres pour les exercices 2014-2015 à 2017-2018. Toutefois, à partir de 2018-2019, les versements convenus dans les protocoles d'accord seront plus importants que les versements initialement prévus dans les enveloppes budgétaires. Pour chacune de ces années, les coûts additionnels, qui atteindront 602 millions de dollars en 2020-2021 (tableau 6, ligne F), s'ajouteront aux enveloppes budgétaires globales qui seront établies dans les prochaines ententes. À cet égard, les protocoles d'accord portant sur l'étalement prévoient déjà les éléments suivants :

- Le renouvellement des ententes pour la période débutant le 1^{er} avril 2015 se fera de façon à accorder minimalement aux médecins omnipraticiens et spécialistes les **augmentations salariales** qui seront consenties au personnel des secteurs public et parapublic.
- Le pourcentage annuel d'augmentation lié à l'évolution de la pratique médicale a été revu à la hausse. Par exemple, pour les médecins spécialistes, il est passé de 2 à 3,23 % en 2014-2015.

Les augmentations salariales sont celles relatives aux « paramètres monétaires généraux ». Il est également entendu que tout ajout à ces paramètres, le cas échéant, devra être négocié et convenu entre le MSSS et les fédérations médicales.

49 Par ailleurs, le portrait des sommes étalées présenté dans le tableau 6 laisse croire que le protocole d'accord portant sur l'étalement de certaines sommes consenties aux médecins spécialistes permet une économie globale de 394,0 millions de dollars (tableau 6, ligne F). Dans les faits, ce n'est pas le cas puisque certains facteurs, expliqués ci-dessous, viennent réduire significativement cette économie potentielle, voire l'annuler à moyen terme.

50 Lorsque les protocoles d'accord ont été entérinés, les sommes à étaler sur huit ans, soit 5 675,6 millions de dollars (tableau 6, ligne B), ont été surévaluées de 148,5 millions par rapport aux sommes restantes à verser selon les modalités prévues dans les ententes de rémunération, soit 5 527,1 millions (tableau 6, ligne A). Cette surévaluation diminue l'économie potentielle de 394,0 millions, qui est ramenée à 245,5 millions. De plus, à l'échéance de la période de huit ans, il restera une surévaluation annuelle récurrente de 23,3 millions, laquelle annulera graduellement le solde de l'économie potentielle.

51 D'autre part, dans le cadre des protocoles d'accord, le pourcentage d'augmentation lié à l'évolution de la pratique médicale des médecins omnipraticiens et spécialistes a été revu à la hausse. Par exemple, pour les deux derniers exercices relatifs aux enveloppes budgétaires 2010-2015, cette hausse occasionne une dépense additionnelle de 45,6 millions pour le ministère.

Capacité d'influence du ministère

52 Pour la période de l'étalement, les protocoles d'accord limitent la capacité du ministère à influencer le comportement des médecins par l'intermédiaire de la rémunération.

53 Dans le cadre des ententes de rémunération, le MSSS et les fédérations médicales conviennent de l'utilisation des sommes prévues pour les augmentations salariales. Par ce mécanisme, le ministère peut alors utiliser les sommes consacrées aux augmentations salariales, notamment celles prévues pour le développement de mesures incitatives, afin d'influencer le comportement des médecins en fonction notamment des grandes orientations gouvernementales. Par contre, les modalités inscrites dans les protocoles d'accord font que, dans les années futures, le MSSS perdra, pour une part importante des versements convenus, sa capacité à orienter la manière dont les sommes à verser seront utilisées. Il perdra également sa capacité à se servir de la rémunération comme levier pour améliorer entre autres l'accessibilité et l'organisation des services médicaux. À cet égard, dans les protocoles d'accord, il a été convenu que, sur les versements prévus de 5,3 milliards de dollars (tableau 6, ligne C), 3,9 milliards seront déboursés de la façon suivante.

Médecins omnipraticiens	■ Une somme de 712 millions sera versée aux médecins désignés par la FMOQ pour le remboursement prospectif des sommes qui auraient été payables s'il n'y avait pas eu d'étalement (tableau 5, addition des lignes B et C).
Médecins Spécialistes	■ Une somme de 872 millions sera accordée pour le versement des sommes qui auraient été payables s'il n'y avait pas eu d'étalement, et ce, par l'intermédiaire de paiements forfaitaires ou de hausses tarifaires devancées selon les modalités définies par la FMSQ (tableau 5, addition des lignes B et C). ■ Une somme de 2284 millions relative aux augmentations salariales qui restent à verser sera accordée par l'intermédiaire de hausses tarifaires selon les modalités définies par la FMSQ (tableau 5, ligne A).

54 Par ailleurs, selon les protocoles d'accord portant sur l'étalement convenus en novembre 2014, les pourcentages d'augmentation liés à l'évolution de la pratique médicale seront dorénavant révisés chaque année de façon à refléter l'évolution réelle observée plutôt que celle qui a été prédéterminée dans les ententes de rémunération (tableau 2, lignes D et I). L'ajustement de ces pourcentages permettra une plus juste évaluation des coûts relatifs à la rémunération des médecins dans les enveloppes budgétaires et, par le fait même, une plus grande transparence lors du suivi annuel des dépenses réelles. Toutefois, puisque l'évolution de la pratique médicale sera ajustée annuellement, les éléments de négociation entre le MSSS et les fédérations médicales qui pourraient accroître la prestation de services feront augmenter les coûts liés aux enveloppes budgétaires globales. La dernière entente de principe convenue entre le MSSS et la FMOQ en mai 2015 illustre bien la situation.

55 Cette entente de principe, qui vise à accroître et à améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, prévoit que les coûts supplémentaires, notamment ceux associés à l'**inscription et à la prise en charge de patients** ainsi qu'à l'augmentation de la prestation de services qui pourrait en découler, seront financés à même l'accroissement des sommes consacrées à l'évolution de la pratique médicale. Étant donné que toute hausse du pourcentage d'augmentation lié à cette évolution a un impact direct sur les coûts totaux associés à la rémunération des médecins, il y aura nécessairement une augmentation de ces coûts et des sommes affectées à l'enveloppe budgétaire globale des médecins omnipraticiens.

L'inscription et la prise en charge de patients donnent droit à une rémunération additionnelle par l'intermédiaire de différentes mesures incitatives (voir la section Mesures incitatives).

56 Après l'examen de l'entente de principe, le Conseil du trésor a indiqué au ministère que les coûts qui pourraient découler de celle-ci devront être assumés à même les budgets de dépenses qui sont accordés au MSSS. Ainsi, cette entente de principe exercera une pression financière additionnelle sur les budgets de dépenses du ministère, qui s'ajoutera à celle occasionnée par les protocoles d'accord portant sur l'étalement.

Recommandation

57 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 1 Revoir le mode de gestion des enveloppes budgétaires globales afin de mieux assumer ses responsabilités relatives à la rémunération des médecins et de permettre une gestion plus économique et transparente de celle-ci.

2.2 Rattrapage salarial avec les autres provinces

58 Dans le cadre de négociations antérieures au renouvellement des ententes de rémunération 2010-2015, le MSSS et les fédérations médicales ont convenu qu'il devait y avoir un rattrapage salarial pour les médecins du Québec par rapport à ceux des autres provinces canadiennes. Par contre, puisqu'ils ne s'entendaient pas sur les facteurs de pondération à considérer dans l'exercice de comparaison, ils en sont arrivés à des écarts salariaux significativement différents. Par exemple, selon la FMSQ, l'écart de rémunération entre les médecins spécialistes du Québec et ceux des autres provinces variait de 40 à 57 %, alors que le MSSS estimait ce même écart entre 22 et 29 %.

59 Au bout du processus de négociation, des augmentations ont été accordées pour rattraper les écarts salariaux entre les médecins québécois et ceux des autres provinces. Elles étaient de l'ordre de 25 % pour les médecins spécialistes et de près de 19 % pour les médecins omnipraticiens. Pour ces derniers, il a par la suite été convenu d'accorder une augmentation additionnelle de 6 % pour amoindrir l'écart entre la rémunération des médecins omnipraticiens et celle des médecins spécialistes. L'annexe 3 présente en détail l'ensemble des augmentations qui ont été ajoutées dans les enveloppes budgétaires 2010-2015.

60 Principalement parce que le MSSS et les fédérations médicales ne s'entendaient pas sur les écarts de rémunération réels, il a été convenu que des comités, composés notamment de représentants du MSSS et des fédérations médicales, seraient créés afin de suivre les écarts de rémunération. Par exemple, un comité paritaire devait être mis sur pied en 2011 pour suivre l'évolution de l'écart entre la rémunération des médecins spécialistes du Québec et celle des médecins des autres provinces. Ce comité devait présenter ses conclusions au cours de l'année 2014 et revoir périodiquement, jusqu'au 31 mars 2016, l'ampleur des écarts de rémunération.

61 Les comités qui devaient effectuer des travaux de comparaison relatifs aux écarts de rémunération n'ont pas été créés et, de ce fait, n'ont pu convenir des facteurs pertinents à prendre en considération pour un tel exercice de comparaison.

62 Étant donné que la comparaison interprovinciale est un exercice complexe, il s'avère important de disposer des outils de comparaison nécessaires lorsque vient le temps de justifier des augmentations salariales sur cette base.

63 En effet, plusieurs facteurs doivent être considérés lors de la réalisation d'un exercice de comparaison, notamment parce que les médecins ne sont pas tous rémunérés de la même façon. Par exemple, le recours à la rémunération à l'acte ou aux mesures incitatives peut varier d'une province à l'autre. Il en est de même des sommes accordées pour compenser les frais de cabinet. De plus, la comparaison doit être établie pour un niveau de productivité semblable. Les données utilisées comportent donc plusieurs limites et doivent être interprétées avec beaucoup de nuances.

64 C'est pourquoi la création des comités était essentielle afin de déterminer l'ampleur réelle des écarts et de s'assurer que les pourcentages d'augmentation accordés aux médecins québécois sur cette base demeuraient justifiés dans le temps.

Recommandation

65 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 2 S'assurer de disposer des outils nécessaires à la comparaison interprovinciale de la rémunération des médecins en vue de dresser un portrait rigoureux de la situation, advenant la volonté de justifier des augmentations salariales sur de telles bases.**

2.3 Mesures incitatives

66 Depuis plusieurs années, le gouvernement est préoccupé par la performance du système de santé, notamment par l'accessibilité aux services et le volume de services offerts. Afin de répondre à ces préoccupations, il a mis en place différentes mesures incitatives. Par ces mesures, il vise généralement à changer le comportement des médecins en leur accordant des sommes d'argent supplémentaires s'ils remplissent les conditions préalablement définies. Ainsi, dans les ententes 2010-2015, 54 % des augmentations salariales des médecins omnipraticiens étaient consacrées à de telles mesures, alors que la proportion était de 40 % pour les médecins spécialistes. Voici un portrait de quelques-unes de ces mesures ainsi que les objectifs qui s'y rattachent (voir l'annexe 5 pour une définition plus complète de certaines des mesures proposées aux médecins omnipraticiens).

	Objectifs généraux	Exemples de mesures incitatives
Omnipraticiens 425 millions par année ¹	■ Assurer à tout citoyen du Québec l'accès à un médecin de famille, notamment par l'inscription et la prise en charge de nouveaux patients ■ Renforcer la continuité et la coordination des soins ■ Améliorer l'accès aux services offerts dans les établissements du réseau, notamment par la mise en place de cabinets médicaux et la prestation de services les soirs, les fins de semaine et les jours fériés ■ Favoriser l'efficience et accroître la prestation de services	■ Forfait d'inscription générale de la clientèle ■ Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable ■ Supplément pour les services rendus en horaire défavorable ■ Compensation supplémentaire pour frais de cabinet ■ Supplément pour le nombre de jours travaillés ■ Supplément au volume de patients inscrits ■ Supplément pour une pratique polyvalente en cabinet et en établissement
Spécialistes 495 millions par année ¹	■ Améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés ■ Réduire le temps d'attente ■ Assurer une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des soins en région	■ Rémunération accrue du forfait de garde en disponibilité ■ Mesures pour accroître l'accès des patients aux blocs opératoires et aux équipements spécialisés ■ Bonification du programme de maintien et de développement des connaissances

1. Il s'agit des sommes annuelles récurrentes prévues dans les enveloppes budgétaires globales.

67 Pour que ces différentes mesures puissent avoir les effets escomptés sur le niveau de services offerts, il importe qu'elles soient conçues de manière à entraîner un changement de comportement chez les médecins. De plus, ces mesures doivent être accompagnées de cibles, et des mécanismes de suivi des résultats doivent être définis. Ces mécanismes doivent être mis en œuvre en temps opportun afin que des mesures correctives soient apportées, le cas échéant.

Conception des mesures incitatives proposées aux médecins omnipraticiens

68 La mise en place des mesures incitatives se déroule sur plusieurs années puisque les augmentations salariales consenties à cet égard sont elles-mêmes étalées sur plusieurs années. Afin d'élaborer les différents paramètres qui permettront de mettre en œuvre ces mesures, le MSSS et la FMOQ tiennent des séances d'échanges et de négociation. Une fois que les parties conviennent des mesures et des paramètres y afférents, le tout est consigné dans l'entente de rémunération.

69 La conception des mesures incitatives faite dans le cadre de la gestion actuelle des enveloppes budgétaires ne favorise pas suffisamment l'amélioration réelle de l'accessibilité aux services.

70 Rappelons que les enveloppes budgétaires actuelles représentent une garantie quant aux sommes minimales qui seront versées pour la rémunération des médecins. Par conséquent, si le MSSS et la FMOQ ne s'entendent pas sur une cible à atteindre ou sur les conditions à respecter, les sommes disponibles pour la mise en œuvre de mesures incitatives demeurent à l'intérieur de l'enveloppe, sous la forme de soldes cumulatifs non dépensés (tableau 3, ligne I). Ces sommes seront ultérieurement versées aux médecins, sous une forme ou sous une autre. Pour le MSSS, le pouvoir d'inciter les médecins à apporter les changements voulus et à atteindre les objectifs qui sont en lien avec les orientations gouvernementales est alors grandement limité. Les trois sous-sections qui suivent contiennent certains exemples qui illustrent nos propos.

Compensation supplémentaire pour frais de cabinet

71 Dans le but d'améliorer l'accès de la population aux services de première ligne par l'accroissement du nombre de médecins exerçant en **cabinet**, le MSSS et la FMOQ ont convenu de compenser les frais de cabinet des médecins omnipraticiens afin que ces derniers ne soient pas désavantagés par rapport à ceux qui travaillent en établissement. Donc, lorsque le médecin qui exerce en cabinet effectue un acte médical, le tarif associé à cet acte est plus élevé que celui lié au même acte accompli en établissement. Cette somme additionnelle doit notamment permettre de financer les coûts engagés, comme le loyer ou le salaire du personnel administratif. La compensation pour frais de cabinet peut faire augmenter de 30 à 67 % les tarifs associés aux actes effectués à cet endroit.

Un cabinet doit être situé ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement.

72 En 2010, le MSSS et la FMOQ ont convenu qu'une somme annuelle additionnelle de 30 millions de dollars serait versée aux médecins omnipraticiens exerçant en cabinet en fonction du volume de patients inscrits rencontrés dans la journée. L'objectif de cette mesure était d'accroître la compensation pour frais de cabinet déjà accordée. La compensation supplémentaire liée à cette mesure correspondait en 2013-2014 à une somme forfaitaire annuelle moyenne d'environ 6 400 dollars par médecin.

73 Cependant, le MSSS avait peu de connaissances sur les coûts réels engagés par les médecins qui exercent en cabinet. Ainsi, il voulait initialement consacrer une somme de 20 millions de dollars à cette mesure plutôt que les 30 millions qui ont été demandés par la FMOQ et qui lui ont été finalement consentis. Étant donné cette évaluation différente des besoins et le peu de connaissances à l'égard de ces coûts, le ministère et la FMOQ avaient convenu de faire réaliser, par une firme externe, une étude sur ces coûts réels. Cependant, puisqu'un nombre insuffisant de médecins ont voulu participer à l'étude, la démarche a avorté. Malgré cela, la compensation supplémentaire de 30 millions de dollars est toujours payée chaque année, et ce, sans que le MSSS ait l'assurance que les frais de cabinet sont financés à leur juste valeur. Ainsi, il est impossible de conclure à l'atteinte de la finalité recherchée par cette mesure, qui est d'améliorer l'accès de la population aux services de première ligne par l'accroissement du nombre de médecins exerçant en cabinet.

Supplément au volume de patients inscrits

74 Afin de favoriser la prise en charge et le suivi du plus grand nombre de patients possible par les médecins omnipraticiens, le MSSS a convenu avec la FMOQ qu'un supplément au volume de patients inscrits serait mis en place à partir du 1^{er} janvier 2012. Cette mesure prévoit une somme forfaitaire pour chacun des patients inscrits une fois les **seuils prescrits** dépassés. Pour l'année 2013-2014, la dépense liée à cette mesure a totalisé 35,4 millions de dollars. La somme forfaitaire moyenne versée aux médecins était de près de 10 000 dollars. Mentionnons que, pour les 10 médecins ayant reçu le supplément le plus élevé, la somme forfaitaire s'élevait en moyenne à 92 000 dollars par médecin et que ceux-ci ont chacun inscrit de 3 300 à 6 000 patients.

75 Pour s'assurer de faire le suivi de leurs patients et d'avoir droit au supplément au volume de patients inscrits, les médecins doivent atteindre un **taux de prise en charge**. Pour inciter ceux-ci à augmenter la prise en charge de leurs patients, le MSSS voulait initialement établir un taux cible de 80 %. Après négociation avec la FMOQ, le taux initial a été fixé à 61 % pour l'année 2012. Toutefois, pour répondre à l'objectif du MSSS, il a été convenu que ce taux augmenterait à 65 % en 2013 et qu'il serait haussé de 5 % pour chacune des années suivantes jusqu'à atteindre 80 % au 1^{er} janvier 2016.

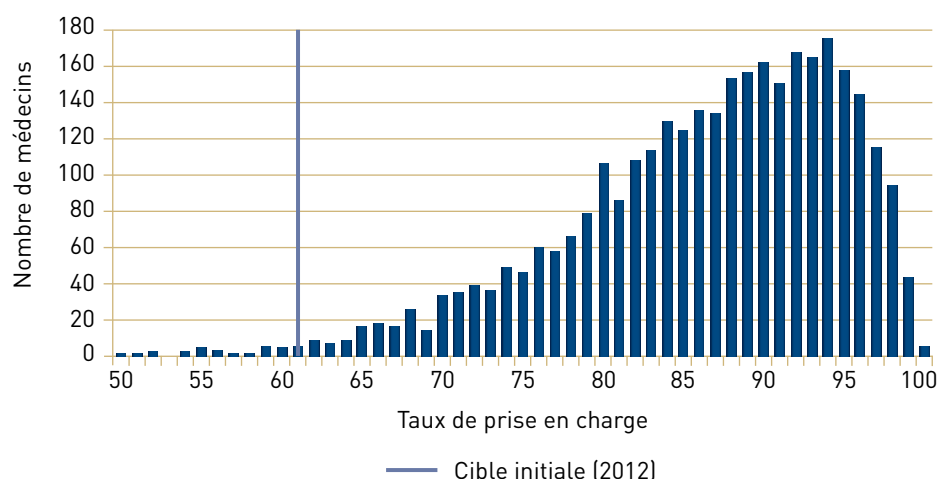
76 Le taux de prise en charge initial de 61 %, fixé lors de l'implantation de la mesure incitative en 2012, ne favorisait pas une réelle amélioration de la prestation des services de santé. À ce taux, la presque totalité des médecins atteignaient déjà la cible et pouvaient ainsi recevoir le supplément au volume de patients inscrits. De plus, contrairement à ce qui était attendu, le taux de prise

La somme forfaitaire augmente lorsque les seuils prescrits sont atteints. Par exemple, le médecin recevra un supplément de 15 dollars par patient au-delà de 1000 patients inscrits jusqu'à 1500 patients et une somme de 20 dollars par patient inscrit au-delà de 1500 patients. Les sommes versées au médecin seront plus importantes si certains de ses patients sont considérés comme vulnérables.

Le taux de prise en charge correspond principalement au ratio du nombre d'examen et de consultations effectués par un omnipraticien auprès de ses patients actifs (y compris les services rendus par un autre médecin du même groupe de pratique) sur le volume total d'examen et de consultations effectués auprès de ces mêmes patients par tous les médecins omnipraticiens.

en charge cible n'a pas été revu à la hausse pour les années 2013 et 2014 ; il est demeuré à 61 %. Cette décision a eu pour effet que, pour l'année 2014, 99 % des médecins atteignaient toujours la cible de 61 % (dans la figure 3, médecins situés à la droite de la cible initiale de 2012). Toutefois, si le taux cible avait été fixé à 80 %, comme cela avait été souhaité initialement par le MSSS, environ 20 % des médecins auraient dû changer leur comportement pour atteindre la cible.

Figure 3 Nombre de médecins omnipraticiens en fonction du taux de prise en charge au 31 décembre 2014¹



1. Sont exclus les médecins payés à honoraires ou à taux horaire et ceux qui ont 500 patients inscrits ou moins.

Source : Information compilée à partir des données de la RAMQ.

77 Enfin, pour l'année 2015, le taux cible a été augmenté à 65 % plutôt qu'à 75 %, comme cela était prévu dans l'entente de rémunération.

78 Par ailleurs, de façon générale, les médecins payés à honoraires ou à taux horaire ne remplissent pas de **demandes de paiement**, ce qui ne permet pas d'identifier les patients rencontrés. Le taux de prise en charge ne peut donc pas être calculé à partir des données de facturation de la RAMQ. Pour pallier cette lacune, la Régie a conçu et mis en place un registre permettant notamment d'enregistrer les consultations effectuées par cette catégorie de médecins. Toutefois, puisque ces médecins n'ont pas l'obligation d'utiliser ce registre, celui-ci demeure peu exploité et la RAMQ ne peut connaître et contrôler leur taux de prise en charge. Le MSSS et la FMOQ ont convenu que les médecins concernés satisfont d'emblée à ce critère. Ceux-ci reçoivent donc la totalité du supplément calculé en fonction du nombre de patients qu'ils ont inscrits, mais ils ne sont pas pénalisés s'ils n'atteignent pas le taux de prise en charge cible.

Les demandes de paiement permettent d'inscrire le numéro d'assurance maladie des patients que le médecin rencontre. Ainsi, la RAMQ est en mesure de valider le taux de prise en charge.

Supplément pour le nombre de jours travaillés

79 Depuis le début des années 2000, le nombre de jours travaillés est en baisse chez les médecins omnipraticiens. Selon le MSSS, il est passé d'environ 205 jours en 1999-2000 à moins de 185 jours en 2010-2011.

80 Afin d'inciter les médecins omnipraticiens à augmenter leur nombre de jours travaillés et d'ainsi améliorer l'accessibilité de la population à un médecin de famille, le MSSS a convenu avec la FMOQ de verser un forfait annuel pour valoriser chaque journée de pratique reconnue au-delà de la 180^e journée d'une année donnée. Ainsi, une somme de 50 dollars est versée au médecin pour chacune des journées travaillées au-delà de la 180^e journée et une somme de 200 dollars par jour est versée après la 200^e journée. Le MSSS vise ainsi à ce qu'un plus grand nombre de médecins travaillent plus de 200 jours par année. En 2013-2014, c'est une somme totale de 31,5 millions de dollars qui a été versée à l'ensemble des médecins omnipraticiens admissibles à cette mesure incitative.

81 Étant donné que la majorité des médecins sont rémunérés à l'acte, aucune information n'est enregistrée relativement au nombre d'heures travaillées par ceux-ci. Il s'avère donc nécessaire de convertir les sommes versées à un médecin en journée de pratique. De façon générale, cette dernière est reconnue lorsque la rémunération quotidienne d'un médecin totalise l'équivalent d'au moins sept heures de travail au taux du tarif horaire. Par contre, cette rémunération inclut des sommes qui sont moins en lien avec la prestation de services directs à la population et qui ne sont pas déduites du calcul, telles que celles versées pour la compensation des frais de cabinet. Outre ce calcul de base, diverses modalités sont aussi prévues pour reconnaître des journées de pratique additionnelles. Il s'agit notamment :

- des activités de formation, qui permettent l'ajout de 4 journées additionnelles en moyenne par médecin ;
- des activités médico-administratives, qui permettent de reconnaître une moyenne de 14 journées aux médecins qui réalisent ce type d'activités.

82 Conséquemment, ces journées additionnelles font augmenter le montant du forfait qui sera versé au médecin, sans nécessairement influencer l'offre de services. À titre d'illustration, le seul fait de prendre en compte les journées de pratique additionnelles pour la formation ainsi que celles consacrées à des activités médico-administratives permet de verser un supplément de 4,2 millions de dollars aux médecins, soit 13 % des 31,5 millions affectés à cette mesure incitative.

83 L'ajout de ces diverses modalités a notamment eu pour conséquence que, en 2013, près de 60 % des médecins admissibles ont atteint le seuil de 180 jours et plus de 73 % de ceux-ci, le seuil de 200 jours. De plus, le nombre de journées de pratique significatives a été supérieur ou égal à 365 jours pour 60 médecins. Parmi ceux-ci, 27 avaient comptabilisé plus de 400 journées de pratique, ce qui démontre des lacunes dans le mode de calcul utilisé. C'est pourquoi, selon les modalités d'application du supplément pour le nombre de jours travaillés,

un maximum de 365 jours peuvent être reconnus dans une année et le forfait maximal pour un médecin s'élève à 34 000 dollars. En pratique, la mesure n'a pas permis d'influencer à la hausse et de façon permanente l'offre de services des médecins omnipraticiens. En effet, ceux qui avaient bénéficié de ce forfait en 2012 ont en moyenne réduit leur nombre de journées de travail en 2013.

Suivi des résultats visés par les mesures incitatives

84 Afin de s'assurer que les sommes investies dans les mesures incitatives mènent à une réelle amélioration du système de santé, il importe notamment de déterminer des objectifs précis et mesurables ainsi que des cibles et des indicateurs de performance. Il s'avère déterminant de définir clairement l'ensemble de ces éléments puisque les mesures incitatives sont établies à la suite d'un processus de négociation entre le MSSS et les fédérations médicales et que, au bout du compte, chacune des parties peut, à la suite de son analyse, interpréter différemment les résultats obtenus. Étant donné ce contexte, il est également nécessaire que le MSSS et les fédérations médicales déterminent préalablement les grandes lignes des actions qui devront être mises de l'avant, dans le cas où les cibles ne seraient pas atteintes. Par la suite, un suivi périodique des résultats doit être réalisé et, sur la base d'un plan d'action, les correctifs nécessaires doivent être apportés, le cas échéant.

85 Afin de vérifier si les mesures incitatives convenues entre le MSSS et les fédérations médicales respectent ces bonnes pratiques, nous avons sélectionné 33 mesures relatives à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes (annexe 6). Ces 33 mesures ont été examinées plus en détail afin d'apprécier la définition des objectifs et des cibles y afférents ainsi que le suivi réalisé à leur égard.

86 Des objectifs ont été déterminés pour la quasi-totalité des mesures incitatives analysées mais, sauf quelques exceptions, ils ne sont accompagnés d'aucune cible ni d'aucun indicateur permettant d'évaluer le degré d'efficacité de celles-ci. De plus, lorsque les résultats obtenus montrent peu ou pas d'amélioration dans la prestation de services, les actions entreprises par le MSSS pour corriger la situation sont insuffisantes.

87 Des 33 mesures incitatives sélectionnées, 30 ne comportaient ni cible ni indicateur qui auraient été spécifiquement définis et convenus avec les fédérations médicales.

88 Le MSSS effectue généralement un suivi des résultats relativement aux mesures. Par contre, lorsqu'il constate que les résultats ne sont pas satisfaisants, il n'adopte aucun plan d'action à cet égard. Un tel plan permettrait notamment de réévaluer les modalités d'application de chaque mesure pour s'assurer de bien atteindre l'objectif et la cible fixés ou encore de remettre en question la pertinence de poursuivre le financement d'une mesure en l'absence de résultats tangibles et significatifs.

89 Les trois sous-sections qui suivent illustrent, à l'aide d'exemples, les problèmes engendrés par les lacunes relatives au suivi des résultats visés par les mesures.

Suivi des patients vulnérables par les médecins omnipraticiens

90 Afin que la prise en charge de tous les patients soit assurée, y compris des plus **vulnérables**, différents forfaits viennent compenser l'inscription et le suivi de cette clientèle par le médecin. L'objectif est de moduler à la hausse la somme accordée au médecin par l'intermédiaire de mesures incitatives pour tenir compte de la complexité et des facteurs de risque relatifs aux services rendus à cette clientèle.

Les patients vulnérables sont des personnes qui ont un ou plusieurs problèmes de santé désignés (diabète, santé mentale, etc.) ou qui répondent au critère d'âge (70 ans et plus).

91 Pour ce faire, des catégories de vulnérabilité ont été créées en fonction de la nature des problèmes de santé. En 2008 et en 2012, la liste des catégories a été remaniée afin d'en ajouter de nouvelles ou de modifier celles déjà existantes pour y inclure par exemple de nouveaux problèmes de santé. À titre d'illustration, en 2008, cinq nouvelles catégories ont été créées, dont l'une pour les personnes ayant des troubles dépressifs majeurs. Globalement, ce remaniement n'a pas eu d'effet sur le taux moyen d'augmentation du nombre de patients inscrits, mais il a fait croître la **proportion** de patients considérés comme vulnérables.

À titre d'exemple, la proportion de patients inscrits considérés comme vulnérables était de 39 % au 31 mars 2011 (avant le deuxième remaniement) et a augmenté à 42 % au 1^{er} janvier 2014.

92 De plus, deux mesures incitatives ont été mises en place pour assurer un suivi plus fréquent des patients vulnérables. Ainsi, le concept de **patient actif** a été introduit lors de l'instauration du forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable et du forfait pour responsabilité d'un patient vulnérable.

Un patient vulnérable est considéré comme actif s'il a été vu par son médecin au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

93 Or, des analyses réalisées par le MSSS démontrent que, malgré l'implantation de ces mesures, le nombre de visites effectuées auprès d'un médecin de famille a diminué dans toutes les catégories de vulnérabilité. La tendance à la baisse peut être observée tant pour les nouvelles catégories, pour celles dont la définition a été élargie que pour celles n'ayant subi aucune modification dans le temps. En moyenne, le nombre de visites a diminué de 25 % depuis 2006. Pourtant, à la suite de ces observations, le MSSS n'a pas entrepris, de concert avec la FMOQ, d'actions correctives, notamment pour réévaluer la pertinence du forfait pour responsabilité d'un patient vulnérable ou pour s'assurer que l'affectation des sommes investies pour le suivi des patients vulnérables était la plus efficace possible.

Inscription et prise en charge de la clientèle par les médecins omnipraticiens

94 Au cours des dernières années, plusieurs mesures incitatives ayant pour principal objectif d'accroître l'inscription et la prise en charge de la population par un médecin de famille ont été mises en place. Voici un portrait chronologique de l'implantation de ces mesures.

Date	Mesures incitatives ¹	Coûts 2013-2014 (M\$)
Janvier 2007	■ Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable	115,6
	■ Forfait pour responsabilité d'un patient vulnérable	61,1
Juin 2008	■ Ajout de catégories de vulnérabilité et élargissement de certaines définitions	n.d.
Janvier 2009	■ Forfait d'inscription générale de la clientèle	53,5
Novembre 2011	■ Supplément pour patients orphelins ²	26,0
Janvier 2012	■ Supplément au volume de patients inscrits	35,4
	■ Ajout de catégories de vulnérabilité et élargissement de certaines définitions	n.d.

1. Le forfait de prise en charge et de suivi d'un patient dans un GMF n'est pas pris en compte, étant donné qu'il est accessible uniquement aux médecins exerçant dans ce milieu de pratique.

2. L'abolition de ce supplément et son remplacement par deux nouveaux forfaits sont prévus dans l'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ. Ces nouveaux forfaits visent à accroître et à améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Toutefois, à la fin de nos travaux de vérification, les modalités de ces forfaits n'étaient pas définies.

95 Ces mesures incitatives ont été successivement mises en place dans un laps de temps relativement court. Cependant, bien qu'elles poursuivent le même objectif, soit de permettre à l'ensemble de la population d'être inscrite et prise en charge par un médecin de famille, elles ne s'inscrivent pas dans une stratégie globale, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas considérées comme un tout cohérent et interrelié permettant l'atteinte d'un objectif commun. L'absence de stratégie globale réduit la capacité du MSSS à porter un jugement sur l'efficacité de chacune des mesures et à s'assurer qu'elles ont l'impact souhaité sur le changement de comportement des médecins.

96 Depuis 2010, le nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille a connu une croissance relativement constante. Il n'est cependant pas possible d'établir à quel point cette augmentation est due à l'introduction des différentes mesures incitatives plutôt qu'à l'ajout de nouveaux médecins. La signature en mai 2015 de l'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne démontre que, malgré l'ampleur des sommes additionnelles investies à ce jour, le problème demeure important. Nous avons également souligné ce problème dans un rapport traitant des GMF et des cliniques-réseau, lequel a été déposé à l'Assemblée nationale en mai 2015.

97 Il est intéressant de noter que cette entente de principe introduit de bonnes pratiques concernant le suivi des résultats des mesures incitatives. Ainsi, afin de s'assurer d'atteindre l'objectif d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, l'entente de principe définit précisément

les indicateurs et les méthodes de calcul qui seront utilisés pour mesurer les résultats obtenus. Elle précise également les actions qui seront mises en œuvre si les objectifs et les cibles déterminés dans celle-ci ne sont pas atteints à l'échéance prévue.

98 Enfin, la multiplication des mesures incitatives comporte de nombreux enjeux sur le plan des contrôles que doit effectuer la RAMQ pour assurer la conformité des paiements effectués. Ces enjeux sont complexes et engendrent des coûts de gestion importants (voir la section Répercussions administratives des ententes de rémunération et le chapitre 3 du présent tome).

Mesures incitatives pour les médecins spécialistes

99 Chez les médecins spécialistes, les sommes consacrées aux mesures incitatives ne sont pas utilisées pour le versement de forfaits semblables à ceux proposés aux médecins omnipraticiens. Elles permettent plutôt de rémunérer certaines activités, telles que la télémédecine, les consultations téléphoniques ou les activités médico-administratives. Elles peuvent également être employées pour valoriser une spécialité en manque de médecins sur un territoire donné.

100 Dans certains cas, les sommes prévues pour des mesures qualifiées d'incitatives servent plutôt à accorder des augmentations de nature similaire à celles allouées pour hausser les taux de rémunération. Par exemple, en 2011, afin de valoriser la garde en disponibilité, le MSSS a convenu avec la FMSQ d'augmenter de 20 % les tarifs associés à cette activité. Cette mesure, qui s'élève à 18 millions de dollars par année, a été financée à même la portion de l'enveloppe budgétaire prévue pour mettre en place des mesures incitatives. Cette somme a été investie sans que le MSSS ait défini une cible à cet égard ou fasse le suivi des résultats obtenus.

Recommandations

101 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère.

- 3 Définir des paramètres d'application des mesures incitatives qui entraîneront un changement de comportement significatif chez les médecins et inscrire ces mesures dans une stratégie globale afin de favoriser une efficacité et une efficience accrues de la prestation de services des médecins.**
- 4 Déterminer des cibles et des indicateurs pour l'ensemble des mesures incitatives, faire un suivi rigoureux de ceux-ci et entreprendre des actions correctives lorsque les résultats ne montrent pas l'atteinte de la prestation de services attendue.**

2.4 Répercussions administratives des ententes de rémunération

102 Lors des négociations, le MSSS et les fédérations médicales conviennent des modalités de rémunération puis les consignent dans les ententes de rémunération. Par la suite, la RAMQ doit prendre les dispositions nécessaires pour en assurer l'application et le contrôle.

103 Afin d'intégrer toutes les modifications apportées aux ententes de rémunération des médecins, la RAMQ dispose d'un processus qui lui permet notamment d'analyser la teneur des changements administratifs et informatiques qui devront être effectués et d'évaluer les délais nécessaires à leur implantation. Elle participe également à divers comités associés au processus de négociation entre le MSSS et les fédérations médicales et elle peut ainsi leur faire part de certains enjeux administratifs.

104 La complexité d'application et de contrôle des nouvelles modalités de rémunération, les délais d'implantation de celles-ci et les coûts de développement des systèmes informatiques ne sont pas suffisamment pris en compte dans les ententes de rémunération.

105 Au début des années 1980, le MSSS et les fédérations médicales avaient convenu d'apporter des modifications aux ententes de rémunération deux fois par année. Par contre, afin qu'ils puissent notamment clarifier des modalités de rémunération existantes, en définir de nouvelles ou régler des situations problématiques particulières, les négociations se déroulent maintenant tout au long de l'année. Ainsi, en moyenne, 10 modifications sont apportées aux ententes chaque année.

106 Comme il a été mentionné précédemment, des mesures incitatives visant à orienter la pratique médicale des médecins se sont ajoutées graduellement aux ententes de rémunération au cours des 10 dernières années. Le nombre de codes d'acte a également augmenté de façon considérable. Il est passé d'environ 500 au moment de l'instauration du mode de rémunération à l'acte en 1970 à plus de 11 000 en 2014. À chacun de ces codes d'acte peuvent se greffer de 1 à 3 codes modificateurs parmi les 1 000 qui existent.

107 Les ententes de rémunération sont maintenant d'une plus grande complexité, ce qui rend plus ardu le traitement des demandes de paiement en plus de forcer la RAMQ à communiquer régulièrement aux médecins des instructions relatives à la facturation. À titre d'illustration, la Régie doit répondre aux nombreuses **demandes de renseignements** des médecins adressées à son centre d'appels. De plus, principalement en raison de la complexité des ententes, la RAMQ a entrepris une refonte de ses systèmes informatiques liés à la rémunération à l'acte des médecins au coût de près de 35 millions de dollars.

En 2013-2014, le centre d'appels de la RAMQ a dû répondre à plus de 63 000 demandes de renseignements concernant la rémunération des 20 883 médecins.

108 Nous présentons ci-dessous des exemples plus spécifiques qui illustrent certains enjeux à l'égard de la complexité d'application et de contrôle des modalités de rémunération, des coûts de développement des systèmes informatiques ainsi que des délais d'implantation liés aux nouvelles modalités de rémunération.

Exemples	Description de la situation	Enjeux administratifs
Nouveau mode de rémunération des anatomopathologistes ¹ en vigueur le 1 ^{er} janvier 2012	■ Afin de revoir les conditions de pratique des médecins de cette spécialité et d'augmenter leur rémunération, tout en s'assurant que cette dernière correspond au volume d'activités réellement effectuées, on est passé d'un mode de rémunération mixte au versement d'une somme forfaitaire établie en fonction de la charge de travail. ■ La charge de travail est calculée à l'aide d'un indicateur mesurant notamment le volume d'activités en laboratoire et d'activités médico-administratives. ■ En début d'année, le médecin transmet sa charge de travail prévisionnelle et c'est sur cette base qu'il est rémunéré. À la fin de l'année, la RAMQ doit vérifier le volume total d'activités réalisées et récupérer les sommes versées en trop, ou encore allouer une somme forfaitaire additionnelle si la charge de travail réelle dépasse celle qui avait été prévue.	■ Afin de permettre notamment la compilation du volume d'activités de chacun des médecins de cette spécialité, la RAMQ a modifié ses systèmes informatiques (coûts directs de développement de 1,1 million de dollars). Contrairement à ce qui était prévu, les systèmes ne permettent pas le calcul de la charge de travail réelle, qui doit donc encore être calculée manuellement par le MSSS. ■ Une fois le calcul effectué, les résultats sont comparés à ce qui avait été prévu en début d'année. Les écarts engendrent le versement de sommes supplémentaires ou la récupération d'une partie des sommes versées. L'exercice effectué en 2012 a dû être refait en 2013 et en 2014, étant donné le nombre important d'erreurs dans le calcul de la charge de travail réelle. Donc, les médecins qui avaient déjà reçu un versement ou qui avaient déjà été avisés de la récupération des sommes versées en trop ont reçu d'autres avis concernant l'ajustement des sommes. Ces modifications, qui touchaient 39 % des médecins de cette spécialité, ont représenté 1,1 million de dollars pour la récupération des sommes et 0,4 million pour le versement de sommes supplémentaires.
Forfaits relatifs à l'inscription de patients et à l'efficience des médecins omnipraticiens	■ De 2007 à 2012, plusieurs mesures relatives à l'inscription et à la prise en charge de patients ont été mises en place de façon successive (voir la sous-section portant sur l'inscription et la prise en charge de la clientèle). ■ Pour certaines mesures incitatives, soit le supplément pour le nombre de jours travaillés, le supplément au volume de patients inscrits et le supplément pour une pratique polyvalente en cabinet et en établissement, la RAMQ avait avisé les parties prenantes qu'elle ne serait pas en mesure de modifier ses systèmes informatiques et ses processus afin de verser ces suppléments à la date voulue par celles-ci.	■ Afin de permettre l'enregistrement et le suivi de l'information nécessaire au calcul des forfaits relatifs à l'inscription et à l'efficience, la RAMQ a développé ou modifié certains systèmes informatiques (coûts directs de développement de 9,4 millions de dollars). ■ Pour l'une des deux mesures pour lesquelles la RAMQ a réajusté les versements finaux, les réajustements ont été effectués à partir d'un nombre de patients vulnérables inscrits qui était surestimé. Cela a eu un effet à la hausse sur les sommes versées puisque ce type de clientèle donne droit à des forfaits plus importants.

1. Un anatomopathologiste est un médecin spécialiste qui réalise des diagnostics et détermine des plans d'intervention à partir de tissus humains. En 2014, il y en avait 219 au Québec.

Exemples	Description de la situation	Enjeux administratifs
Forfaits relatifs à l'inscription de patients et à l'efficience des médecins omnipraticiens (suite)	Les parties prenantes ont convenu du versement des suppléments sous forme d'avances et, pour deux des trois mesures, du réajustement des versements une fois que les systèmes de la RAMQ seraient fonctionnels. Pour la troisième mesure, les avances ont été considérées comme des versements finaux.	Des ajustements aux systèmes informatiques devront de nouveau être apportés afin de tenir compte de l'entente de principe convenue entre le MSSS et la FMOQ en mai 2015 (voir la sous-section portant sur l'inscription et la prise en charge de la clientèle).
Modification des codes d'acte pour les médecins spécialistes	- En 2013, afin de répondre aux changements apportés à la pratique médicale et de donner suite aux augmentations de tarifs prévues, les parties prenantes ont convenu d'ajouter 550 nouveaux codes d'acte et de modifier les libellés et les tarifs de près de 2800 autres codes d'acte utilisés par les médecins spécialistes. - Ces changements nécessitaient d'apporter des modifications aux systèmes informatiques de la RAMQ. Cette dernière avait avisé les parties prenantes qu'elle avait besoin de délais supplémentaires pour réaliser cette restructuration, mais les dates d'entrée en vigueur des modifications ont été maintenues.	- Pour les 550 nouveaux codes d'acte, la RAMQ a dû mettre en place un mécanisme temporaire comprenant des codes d'acte fictifs afin que les médecins puissent y inscrire leurs activités, et ce, avant que les systèmes informatiques soient opérationnels. La RAMQ a dû procéder ainsi pendant 5 mois. - Lors de la conversion des codes d'acte fictifs aux codes d'acte réels, plusieurs vérifications et ajustements ont dû être effectués.

Recommandation

109 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 5 Tenir davantage compte, en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la complexité d'application des modalités de rémunération convenues avec les fédérations médicales, des coûts de développement des systèmes informatiques et des délais d'implantation de ces modalités dans les systèmes.

Commentaires de l'entité vérifiée

L'entité vérifiée a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elle a adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le MSSS accueille le rapport du Vérificateur général et prendra en compte l'ensemble de ces recommandations dans le cadre des discussions à venir avec les fédérations médicales, notamment celles en vue du renouvellement des ententes, lesquelles sont échues depuis le 31 mars 2015.

« Il faut toutefois prendre en compte que ces recommandations sont en lien avec la rémunération des médecins et qu'à cet effet, le processus décisionnel peut être influencé par le contexte de négociation entre le ministère et les fédérations médicales ainsi que par les mandats de négociation du Conseil du trésor, lequel approuve également chacune des ententes négociées.

« **Gestion des enveloppes.** Étant donné la part importante que représente la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes dans le budget de l'État et la pression que ces sommes entraînaient sur les finances publiques des années à venir (notamment dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire), le ministère a négocié avec les fédérations médicales, à l'automne 2014, l'étalement des sommes déjà prévues, mais non versées, sur une période allant jusqu'en 2021-2022. Les protocoles d'accord négociés avec chacune des fédérations médicales ont permis de libérer une marge de manœuvre financière pour le gouvernement pour les années 2014-2015 à 2017-2018, et ce, tout en respectant les obligations contractuelles découlant des ententes négociées.

« Au paragraphe 50, le Vérificateur général indique que les sommes à étaler ont été surévaluées de 148,5 millions de dollars sur la durée de l'entente. S'il y a eu réellement une erreur, le MSSS procédera à la correction de celle-ci.

« Le ministère a également prévu, dans ces protocoles, une importante clause visant à améliorer, dès 2014-2015, le mécanisme de suivi des enveloppes budgétaires globales. Sans en expliquer la mécanique complexe, cette clause permet d'ajuster le pourcentage théorique de rehaussement des enveloppes pour tenir compte de l'évolution de la pratique (hausse du nombre de médecins, productivité, vieillissement de la population) en fonction de l'évolution de la pratique réelle, ce qui permet au ministère, par exemple, de ne pas compenser les médecins lorsque ceux-ci diminuent de façon globale leur productivité.

« De plus, le Vérificateur général indique au paragraphe 45 que les protocoles d'accord sur l'étalement convenus avec les fédérations médicales représentent une somme de 5,3 milliards de dollars et que ce processus a fait en sorte d'augmenter les risques liés à la gestion des obligations financières du MSSS. À cet effet, le ministère précise que l'étalement a uniquement fait en sorte d'étaler les sommes dues aux médecins jusqu'en 2021-2022 et que la somme de 5,3 milliards de dollars mentionnée représente ce qui aurait de toute façon été versé aux médecins, sur la base d'une période équivalente, s'il n'y avait pas eu d'étalement. Le ministère estime que cela n'a pas augmenté les risques liés à la gestion de ses obligations financières.

« Quant à l'ensemble des recommandations émises par le Vérificateur général par rapport aux mécanismes de gestion et de suivi des enveloppes budgétaires, celles-ci devront être adressées par le ministère dans le cadre des négociations en vue du renouvellement des ententes négociées.

« **Comparaison interprovinciale de la rémunération des médecins.** Advenant que cet enjeu soit abordé par les fédérations médicales dans le cadre du renouvellement des ententes, le ministère devra non seulement considérer les résultats récents fournis par l'ICIS [Institut canadien d'information sur la santé] (en tenant compte des sommes qui demeurent à être versées d'ici 2021-2022 et des différents facteurs d'ajustement nécessaires, tels que la charge de travail des médecins et le coût de la vie), mais devra, prioritairement, considérer la capacité de payer du gouvernement.

« **Introduction, dans les ententes négociées avec les fédérations médicales, de modalités incitatives entraînant un changement de comportement significatif chez les médecins et de cibles et d'indicateurs permettant d'en faire le suivi.** Tel que souligné par le Vérificateur général, le ministère a instauré dans la dernière entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ (afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services de première ligne) des cibles précises quant à l'inscription de la population auprès d'un médecin de famille et au taux d'assiduité.

« Tel qu'il apparaît dans les recommandations, le ministère souhaite convenir avec les fédérations médicales de l'introduction de cibles et d'indicateurs de suivi des mesures mises en place, et ce, à même les ententes négociées. Cette pratique permettra de s'assurer que ces mesures incitatives engendrent les changements visés dans la pratique médicale, venant ainsi soutenir les orientations ministérielles visant notamment l'augmentation de l'accessibilité à des soins de santé de qualité, et ce, dans un système de santé performant.

« Tenir davantage compte, en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la complexité d'application des modalités de rémunération convenues avec les fédérations médicales, des coûts de développement des systèmes informatiques et des délais d'implantation. Tel que le Vérificateur général le souligne dans ce rapport, les modalités négociées dans les ententes sont effectivement complexes à mettre en place par la RAMQ, notamment s'il y a des cibles et indicateurs à suivre qui nécessitent un suivi par patient ou par médecin (comme c'est le cas dans l'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ). Cela est attribuable au fait que le ministère a comme objectifs que les sommes investies puissent avoir un impact sur certaines pratiques ciblées, qu'elles puissent favoriser la prise en charge de certaines clientèles et qu'elles influencent une organisation des services efficiente.

« À cet effet, le ministère considère que les modifications apportées dans les systèmes informatiques de la RAMQ dans le cadre du projet SYRA [systèmes de rémunération à l'acte] permettront de donner plus de flexibilité à la RAMQ quant à l'application des ententes. La refonte du système de facturation à l'acte qui était désuet et peu adapté à la réalité actuelle de la rémunération des médecins donnera certainement plus de flexibilité à la RAMQ quant à l'application des ententes. »

Annexes et sigles

- Annexe 1** Objectif de vérification et portée des travaux
- Annexe 2** Modes de rémunération et dépenses associées
- Annexe 3** Justifications de l'augmentation des enveloppes budgétaires
- Annexe 4** Vérification des coûts liés à la rémunération
- Annexe 5** Principales mesures incitatives pour les médecins omnipraticiens
- Annexe 6** Mesures incitatives examinées

Sigles

FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille		

Annexe 1 Objectif de vérification et portée des travaux

Objectif de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement de la *Loi sur l'assurance maladie*, de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ils se fondent également sur les principes de saine gestion reconnus ainsi que sur nos travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes de certification présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*.

Objectif de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS a pris les moyens nécessaires pour que les ententes conclues avec les fédérations des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes permettent une gestion efficace et efficiente de la rémunération des médecins, et qu'il exerce un suivi approprié de l'application de ces ententes et de leurs résultats.	■ Les décisions prises par le ministère lors du processus de négociation des ententes de rémunération reposent sur de l'information pertinente et des analyses rigoureuses à l'égard notamment des coûts liés à la rémunération et des effets de ces décisions sur l'offre de services. ■ Les répercussions des modalités des ententes sur les coûts de gestion et sur l'application du programme de rémunération sont adéquatement évaluées et prises en compte. ■ Les objectifs visés par la rémunération et par les mesures incitatives sont clairement définis et font l'objet d'un suivi, ce qui permet d'évaluer les résultats par rapport à ceux-ci et d'appliquer des mesures correctives au besoin. ■ La reddition de comptes liée à la rémunération des médecins est effectuée de manière adéquate et en temps opportun.

Portée des travaux

La présente vérification porte sur la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes. Les travaux ont été réalisés auprès du MSSS. Les recommandations formulées s'adressent au ministère.

Nous avons collecté l'information nécessaire à notre vérification en exploitant des données financières et opérationnelles consignées par le MSSS et la RAMQ. Nous avons également réalisé des entrevues avec des membres du personnel du ministère.

Il est à noter que les constats formulés ne visent pas à remettre en cause la pertinence ou la qualité des actes professionnels; ces actes ne font d'ailleurs pas partie de la portée de la présente mission. Les travaux de vérification se sont principalement déroulés de septembre 2014 à octobre 2015 et ont porté essentiellement sur les activités menées par le MSSS pour la période actuelle d'application des ententes de rémunération (de 2010 à 2015). Toutefois, certaines analyses font référence à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

Annexe 2 Modes de rémunération et dépenses associées¹

Type	Définition	Dépenses 2013-2014 (M\$)
Rémunération à l'acte (y compris certaines mesures incitatives)	De façon générale, la rémunération à l'acte s'applique en médecine, en chirurgie et en médecine de laboratoire, à moins qu'il en soit convenu autrement dans les ententes. Un tarif est ainsi associé à chaque acte médical. Dans certaines situations précisées dans les ententes, le tarif de base de l'acte associé au service médical peut être majoré pour prendre en considération des facteurs particuliers.	3 857
Rémunération mixte	La rémunération mixte relative aux médecins spécialistes comprend le tarif pour la demi-journée ou la rémunération journalière ainsi que les suppléments d'honoraires. Cette rémunération touche les médecins qui exercent leur profession dans un département clinique, un service clinique ou un secteur d'activité d'un établissement. Pour leur part, les médecins omnipraticiens qui travaillent notamment au service des urgences d'un hôpital ou qui rendent des services en vertu d'ententes particulières reçoivent des honoraires forfaitaires auxquels s'ajoute un pourcentage du tarif de l'acte.	1 431 ²
Honoraires forfaitaires	Ces honoraires comprennent le tarif horaire, celui pour la demi-journée et la rémunération journalière. Le tarif pour la demi-journée concerne les médecins spécialistes, tandis que la rémunération à la vacation, basée sur une période de travail de trois heures, est réservée aux médecins omnipraticiens.	397
Salaire et honoraires fixes	Dans les ententes, le terme « salaire » est réservé aux médecins spécialistes et le terme « honoraires fixes », aux médecins omnipraticiens. Ces deux modes de rémunération sont basés sur une semaine de travail pendant laquelle le nombre d'heures peut varier. Des avantages sociaux sont rattachés à ces modes de rémunération. Ils s'appliquent, entre autres, aux médecins qui travaillent dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou une direction de la santé publique.	84
Rémunération à forfait et à primes (mesures incitatives)	La rémunération à forfait est basée sur une somme donnée qui est versée périodiquement ou annuellement aux médecins de famille (omnipraticiens) pour la prise en charge et le suivi médical d'un patient, vulnérable ou non. Elle varie selon l'âge de celui-ci, son état de santé et son lieu de suivi. Les primes font majorer le tarif horaire ou les honoraires fixes. Parmi celles-ci, on trouve les primes de responsabilité, celles liées à la santé au travail et celles relatives à l'horaire de soutien aux services de première ligne.	269
Mesures particulières (mesures incitatives)	Certaines mesures visent à encourager les médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus et à y rester. Elles comprennent, entre autres, les primes d'éloignement, de ressourcement et de rétention ainsi que le programme de formation continue. Elles incluent également les allocations ou les indemnités versées aux médecins dans des situations particulières. Les congés de maternité ainsi que les programmes d'allocation de fin de carrière, de départ assisté ou de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle sont des exemples de mesures particulières.	75
Autres programmes et avantages prévus	Cette catégorie comprend la rémunération des médecins travaillant à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Est également incluse la part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle des médecins payée par le gouvernement.	168
Total		6 281³

1. La rémunération des résidents en médecine est exclue.

2. Sont inclus uniquement les dépenses liées aux tarifs pour la demi-journée ou la journée complète ainsi que les honoraires forfaitaires. Les suppléments d'honoraires relatifs à un pourcentage du tarif de l'acte sont inclus dans le mode de rémunération à l'acte.

3. Est notamment incluse la rémunération versée aux médecins travaillant pour la CSST qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales.

Source : RAMQ.

Annexe 3 Justifications de l'augmentation des enveloppes budgétaires

Voici les principales raisons de l'augmentation des enveloppes budgétaires globales 2010-2015 consacrées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Ne sont pas pris en considération les protocoles d'accord portant sur l'étalement conclus en novembre 2014 entre le MSSS et chacune des fédérations médicales. Les augmentations, qui sont regroupées en fonction du taux de rémunération, des mesures incitatives ou de l'évolution de la pratique médicale, sont présentées dans les tableaux 7 et 8.

Médecins omnipraticiens	■ Augmentation de 19,3 % sur huit ans, à partir de 2008-2009, pour corriger l'écart entre la rémunération des médecins québécois et celle des médecins des autres provinces canadiennes ■ Augmentation générale de 6,14 % sur cinq ans équivalant aux paramètres négociés avec les employés de la fonction publique ■ Augmentation de 6,15 % sur quatre ans pour amoindrir l'écart entre la rémunération des omnipraticiens et celle des spécialistes ■ Somme additionnelle récurrente à terme¹ de 148,2 millions de dollars par année pour le financement des mesures prévues dans le plan d'amélioration ■ Somme additionnelle récurrente à terme¹ de 211,5 millions par année allouée au financement des cabinets et des mesures favorisant l'efficience ■ Ajustement annuel de 1 % afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale
Médecins spécialistes	■ Augmentation de 25,3 % sur huit ans pour corriger l'écart entre la rémunération des médecins québécois et celle des médecins des autres provinces canadiennes ■ Augmentation générale de 6,14 % sur cinq ans équivalant aux paramètres négociés avec les employés de la fonction publique ■ Augmentation générale de 4,5 % sur quatre ans ■ Somme additionnelle récurrente à terme¹ de 503,0 millions par année versée pour le financement des mesures ciblées ■ Somme additionnelle récurrente à terme¹ de 42,8 millions par année versée pour le financement des mesures particulières, telles que les programmes de congé de maternité et d'adoption ■ Ajustement annuel de 2 % afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale

1. Étant donné que les augmentations sont étalées au cours de la période couverte par les ententes, les sommes récurrentes à terme sont allouées une fois toutes les augmentations accordées.

Les tableaux 7 et 8 présentent le détail des enveloppes budgétaires globales 2010-2015 pour les médecins omnipraticiens et spécialistes de même que le détail des enveloppes précédentes ayant eu des effets budgétaires du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015 et au-delà de cette période.

Tableau 7 Détail de l'enveloppe budgétaire globale des médecins omnipraticiens (en millions de dollars)¹

	Entente 2008-2010 ² et entente 2010-2015							Effets budgétaires		
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	
Taux de rémunération										
Écart provincial (19,3%) ³	35,6	74,8	104,7	136,1	169,5	205,8	217,0	229,1	229,1	
Augmentation générale (6,14%)			8,6	22,1	41,3	77,8	123,3	123,3	123,3	
Rattrapage avec les médecins spécialistes (50 % de 6,15%)					14,4	30,1	47,2	65,7	65,7	
Mesures incitatives										
Sommes additionnelles récurrentes (10,0 M\$ à terme)	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	
Écart provincial (19,3%) ³	35,6	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	74,8	
Sommes additionnelles récurrentes (148,2 M\$ à terme)			24,7	49,4	74,1	98,8	123,5	148,2	148,2	
Rattrapage avec les médecins spécialistes (50 % de 6,15%)					14,4	30,1	47,2	65,7	65,7	
Frais de cabinet et mesures liées à l'efficience (211,5 M\$ à terme)				24,0	61,5	99,0	149,0	199,0	211,5	
Évolution de la pratique médicale (1%)										
	68,3	85,2	103,0	121,9	142,5	165,0	189,4	189,4	189,4	
Enveloppe budgétaire globale	1 564,5	1 709,7	1 796,5	1 913,5	2 081,2	2 272,7	2 462,6	2 586,4	2 598,9	

1. N'est pas pris en considération le protocole d'accord portant sur l'étalement conclu en novembre 2014 entre le MSSS et la FMOQ.

2. Il s'agit de l'entente intervenue entre le MSSS et la FMOQ lors du redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens.

3. Pour les années 2008-2009 et 2009-2010, 50 % de l'augmentation accordée pour les taux de rémunération a été affectée à la mise en œuvre de mesures incitatives.

Source : MSSS.

Tableau 8 Détail de l'enveloppe budgétaire globale des médecins spécialistes (en millions de dollars)¹

	Entente 2006-2010 et entente 2010-2015										Effets budgétaires	
	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Taux de rémunération												
Augmentation générale (8%)	40,1	82,4	128,5	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3	179,3
Écart provincial (25,3%)			115,3	242,2	315,6	394,2	478,9	571,2	623,3	679,0	679,0	679,0
Augmentation générale (6,14%)					14,3	37,2	70,1	132,8	211,5	211,5	211,5	211,5
Augmentation générale (4,5%)							32,9	68,7	119,8	170,3	170,3	170,3
Mesures incitatives												
Mesures particulières de 2007 ²	19,2	111,6	133,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6	155,6
Enveloppe spécifique pour des mesures (240 M\$)					40,0	80,0	120,0	160,0	200,0	240,0	240,0	240,0
Enveloppe spécifique pour des mesures (251 M\$)						20,0	50,0	90,0	140,0	227,0	251,0	251,0
Mesures particulières de 2010 (12 M\$)					12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Procréation assistée et lettre d'entente 183 ³ (33,3 M\$)					21,0	26,3	27,9	29,6	31,4	33,3	33,3	33,3
Congés de maternité et d'adoption (4 M\$)						2,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Prime d'assurance responsabilité professionnelle						5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Évolution de la pratique médicale (2%)												
	39,4	80,8	126,0	175,8	231,7	291,6	356,1	426,4	503,5	503,5	503,5	503,5
Enveloppe budgétaire globale	2 071,9	2 260,1	2 488,7	2 738,2	2 989,9	3 224,1	3 512,6	3 855,4	4 206,3	4 441,4	4 465,4	4 465,4

1. N'est pas pris en considération le protocole d'accord portant sur l'étalement conclu en novembre 2014 entre le MSSS et la FMSQ.

2. Ces mesures incluent l'ajout de services au bloc opératoire (10,0 millions), l'ajustement pour la médecine d'urgence (1,1 million) et une somme additionnelle pour la mise en œuvre du plan d'amélioration (144,5 millions).

3. La lettre d'entente 183 porte sur l'injection intravitreuse d'un médicament antiangiogénique lors du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Source : MSSS.

Annexe 4 Vérification des coûts liés à la rémunération

Voici les principaux extraits des ententes de rémunération portant sur la vérification des coûts liés à la rémunération versée aux médecins omnipraticiens et spécialistes.

Médecins omnipraticiens

Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Annexe IX

3.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de cette annexe est effectuée par les parties [MSSS et FMOQ] au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période annuelle d'application, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes annuelles d'application prévues à cette annexe.

3.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à cette annexe, les parties [MSSS et FMOQ] introduisent les mesures correctives appropriées afin d'une part, d'assurer le remboursement de ce dépassement et, d'autre part, d'éviter tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

3.6 S'il y a, pendant une période annuelle d'application donnée, une non-atteinte [solde non dépensé] de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour cette période, les mesures suivantes s'appliquent :

- a) pour les années 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013, les montants ainsi rendus disponibles sont affectés aux priorités retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent.
- b) pour les années 2013-2014 et 2014-2015, cette non-atteinte [solde non dépensé] ne pourra être réaffectée que s'il y a eu entente entre les parties concernant la méthode de détermination de la prestation de services, étant convenu que toute non-atteinte [solde non dépensé] antérieure au 31 mars 2013, qu'elle soit récurrente ou non, n'est pas visée par le présent paragraphe.

Médecins spécialistes

Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie

Annexe 2

2.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins spécialistes en application du présent Accord-cadre est effectuée par les parties négociantes [MSSS et FMSQ] au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes d'application de l'Accord-cadre.

2.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour l'une ou l'autre des périodes d'application prévues à l'Accord-cadre, des mesures correctrices sont introduites par les parties négociantes [MSSS et FMSQ] afin, d'une part, d'assurer le remboursement de ce dépassement et, d'autre part, d'éviter tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

2.6 Advenant une non-atteinte [solde non dépensé] de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, le solde disponible est consacré à la rémunération des services rendus par les médecins spécialistes, selon des modalités à convenir entre les parties négociantes [MSSS et FMSQ].

Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015

15 Les parties reconnaissent que le suivi du coût de la rémunération des médecins spécialistes pour chacune des années du renouvellement de l'Accord-cadre ne saurait affecter la mise en place des augmentations et autres mesures prévues à la présente entente afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années.

Annexe 5 Principales mesures incitatives pour les médecins omnipraticiens

Mesure	Définition	Objectif	Fréquence des versements et sommes versées (2013)	En millions de dollars (2014)
Inscription et prise en charge				
Forfait d'inscription générale de la clientèle	Somme forfaitaire annuelle pour chaque patient actif ¹ inscrit auprès du médecin et ayant été rencontré	Permettre à tous les Québécois l'accès à un médecin de famille	Une somme de 9 ou de 11 dollars est versée annuellement pour chacun des patients inscrits. Elle varie selon le milieu de pratique.	53,5
Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable	Somme forfaitaire annuelle pour chaque patient vulnérable actif ¹ inscrit auprès du médecin et ayant été rencontré au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Améliorer l'inscription et la prise en charge des patients vulnérables	Une somme de 19 à 159 dollars est versée annuellement pour chacun des patients vulnérables inscrits. Elle varie selon la catégorie de vulnérabilité et le milieu de pratique.	115,6
Supplément pour patients orphelins ²	Somme versée lorsque le médecin accepte de prendre en charge et de suivre un patient sans médecin de famille dirigé ou non par le coordonnateur d'un guichet d'accès d'un centre de santé et de services sociaux	Favoriser l'augmentation du nombre de patients inscrits	Une somme de 83 à 250 dollars par patient est versée lorsque ce dernier est dirigé par le coordonnateur d'un guichet d'accès. Si ce n'est pas le cas, une somme de 21 à 52 dollars est versée. La somme varie selon le milieu de pratique et selon qu'il s'agit d'un patient vulnérable ou non.	26,0
Suivi				
Forfait pour responsabilité d'un patient vulnérable	Forfait pour chaque examen que subit un patient vulnérable actif ¹	Favoriser un suivi plus fréquent des patients vulnérables	Une somme de 8 ou de 10 dollars est versée par visite. La somme varie selon le milieu de pratique.	61,1
Forfait de prise en charge et de suivi dans un groupe de médecine de famille (GMF)	Pour chaque patient inscrit, forfait lors de la première visite du patient en GMF au cours de l'année	Favoriser une prise en charge accrue des patients en GMF	Une somme de 9 dollars par patient est versée lors de la première visite annuelle en GMF.	21,8

1. Pour qu'un patient soit considéré comme actif, il doit avoir été vu au moins une fois au cours des 36 derniers mois ou, si le patient est considéré comme vulnérable, au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

2. L'abolition de ce supplément et son remplacement par deux nouveaux forfaits sont prévus dans l'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ. Ces nouveaux forfaits visent à accroître et à améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Toutefois, à la fin de nos travaux de vérification, les modalités de ces forfaits n'étaient pas définies.

Mesure	Définition	Objectif	Fréquence des versements et sommes versées (2013)	En millions de dollars (2014)
Efficience				
Supplément pour le nombre de jours travaillés	Somme forfaitaire annuelle pour valoriser chaque journée de pratique reconnue, versée à partir de la 181 ^e journée	Inciter les médecins à augmenter leur nombre de journées travaillées dans l'année	Une somme de 50 dollars par journée de pratique reconnue est versée à partir de la 181 ^e journée et une somme de 200 dollars par jour est versée au-delà de 200 journées de pratique significatives.	31,5
Supplément pour une pratique polyvalente en cabinet et en établissement	Majoration des honoraires payés dans certains secteurs visés (par exemple, les services d'urgence ou les soins palliatifs) Mesure s'adressant uniquement aux médecins ayant au moins 700 patients inscrits	Favoriser la polyvalence de la pratique en cabinet et en établissement et assurer ainsi une meilleure participation à la prise en charge et au suivi de patients de première ligne	Les honoraires payés sont majorés de 2,5 à 10 % durant l'année pour la pratique dans l'un des secteurs visés. La somme varie selon le volume de patients inscrits. Par exemple, pour que les honoraires soient majorés de 10 %, 1 500 patients ou plus doivent être inscrits auprès du médecin.	8,0
Supplément au volume de patients inscrits	Somme forfaitaire annuelle supplémentaire versée au médecin ayant plus de 500 patients actifs inscrits ou plus de 200 patients vulnérables dans la journée	Favoriser le suivi et la prise en charge du plus grand nombre de patients possible	Une somme de 5 à 20 dollars est versée annuellement pour chacun des patients inscrits au-delà des seuils prescrits. La somme varie selon le volume de patients inscrits. Par exemple, le médecin recevra 20 dollars par patient inscrit au-delà du seuil de 1 500 patients.	35,4
Autres				
Compensation supplémentaire pour frais de cabinet	Somme forfaitaire versée aux médecins en fonction du volume de patients inscrits rencontrés dans la journée	Compenser les frais de cabinet du médecin	Une somme forfaitaire est versée pour chaque demi-journée pendant laquelle le médecin rencontre un minimum de six patients.	31,5
Supplément pour les services rendus en horaire défavorable	Supplément accordé pour les médecins qui exercent durant certains horaires défavorables (soir, fin de semaine, jour férié), et ce, pour des secteurs d'activité visés	Favoriser l'offre de services durant les horaires défavorables (soir, fin de semaine, jour férié)	La rémunération est majorée de 13 à 30 % selon l'horaire de travail et le milieu de pratique (par exemple, cabinet, urgence, clinique-réseau, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre hospitalier).	n.d.

Annexe 6 Mesures incitatives examinées

Médecins omnipraticiens	1. Implantation d'une nouvelle nomenclature d'actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation 2. Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable 3. Forfait d'inscription générale de la clientèle 4. Supplément pour patients orphelins 5. Supplément au volume de patients inscrits 6. Supplément pour le nombre de jours travaillés 7. Supplément pour une pratique polyvalente en cabinet et en établissement 8. Supplément pour la prise en charge rapide de certaines clientèles 9. Rémunération d'un coordonnateur par territoire de centre de santé et de services sociaux 10. Rémunération supplémentaire des médecins durant les heures défavorables 11. Rémunération des médecins offrant des services dans des secteurs en pénurie 12. Bonification des conditions de pratique dans les secteurs de l'obstétrique et de la petite enfance 13. Création d'un nouvel acte afin de favoriser la communication entre les médecins de première et de deuxième ligne lors de la prise en charge d'un patient 14. Valorisation de la rémunération liée à l'enseignement et à la recherche en milieu familial 15. Révision des modalités entourant la garde en disponibilité, y compris la hausse des tarifs 16. Reconnaissance de certaines activités médico-administratives des médecins exerçant dans un service d'urgence
Médecins spécialistes	17. Supplément pour des chirurgies effectuées en établissement à certaines heures 18. Mise en place de mesures incitatives relatives à la pratique en anesthésiologie 19. Majoration du forfait de garde en disponibilité dans les spécialités de base et du tarif d'un acte effectué durant la garde 20. Instauration de modalités de rémunération particulières pour les médecins spécialistes répondants en psychiatrie 21. Rémunération pour la consultation téléphonique 22. Rémunération des services médicaux rendus par l'intermédiaire de la vidéo interactive ou de moyens de télécommunication 23. Soutien au développement d'un service de numérisation en cabinets privés de radiologie en fonction des besoins du système public 24. Rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une table régionale des chefs de département 25. Instauration de mesures de rémunération des médecins spécialistes en microbiologie et en infectiologie afin de favoriser les activités de prévention des infections en établissement 26. Valorisation de la rémunération dans des secteurs de pointe pour les centres tertiaires de traumatologie 27. Révision de certaines règles d'application afin de limiter la tarification d'un médecin classé dans une spécialité ou la tarification de certains actes (plafonnement) 28. Amélioration des conditions de pratique en anatomopathologie 29. Modernisation du mode de rémunération mixte en rhumatologie 30. Bonification du programme de maintien et de développement des connaissances 31. Rémunération pour la coordination clinique des transferts urgents vers des centres tertiaires de néonatalogie et d'obstétrique 32. Hausse des suppléments payables pour la garde en disponibilité 33. Reconnaissance des activités médico-administratives