

CHAPITRE 6

Rémunération des médecins : conception et gestion des nouvelles ententes

Audit de performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Secrétariat du Conseil du trésor
Institut de la pertinence des actes médicaux

EN BREF

Cet audit visait à évaluer la conception et la gestion des nouvelles ententes de rémunération des médecins pour la période 2015-2023, notamment en déterminant si les lacunes que nous avons cernées en 2015 persistent.

Depuis 10 ans, le coût par habitant de la rémunération des médecins a augmenté de 32 %. La dépense de rémunération des médecins a atteint plus de 7 milliards de dollars en 2019-2020. Pendant la période 2015-2020, plus d'un milliard de dollars octroyé pour la rémunération des médecins n'a pas été dépensé, sans que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) convienne de la part du solde non dépensé devant demeurer disponible pour la rémunération des médecins et de celle représentant des économies. Un solde non dépensé peut signifier que des mesures d'accessibilité n'ont pas été mises en place en temps opportun ou que le volume de services médicaux offerts a été inférieur aux attentes. Ce solde qui augmente année après année est une occasion que le MSSS n'a pas saisie pour éviter d'accumuler des engagements financiers envers les médecins ou pour s'assurer que le volume de services médicaux rendus correspond aux prévisions.

Par ailleurs, peu d'économies récurrentes ont été identifiées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux en 2020-2021 (9 % de la cible). Cela laisse craindre que l'objectif de réduction de l'enveloppe budgétaire destinée à la rémunération des médecins spécialistes prévue dans le protocole d'accord de 2019 ne puisse être atteint par des mesures de pertinence. En effet, des économies récurrentes de 182 millions restent encore à identifier afin d'atteindre l'objectif de 240 millions au 31 mars 2023.

Finalement, les ententes de rémunération des médecins sont demeurées aussi complexes qu'en 2015, ce qui nuit à la gestion efficace de la rémunération. Par exemple, cette complexité n'est pas sans conséquence sur les délais de mise en œuvre des modalités de rémunération, tout en occasionnant des difficultés pour produire de l'information de gestion fiable en temps opportun.

CONSTATS

1

Depuis 2015, les coûts de la rémunération des médecins ont été inférieurs (d'un milliard de dollars) à ce qui était prévu dans les ententes, sans que le MSSS convienne de la part du solde non dépensé devant demeurer disponible pour la rémunération des médecins et de celle représentant des économies.

2

Une augmentation de 2 milliards de dollars a été accordée sous différentes formes pour permettre un rattrapage salarial des médecins, sans que le MSSS ait fait les suivis appropriés.

3

Le peu d'économies récurrentes identifiées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux en 2020-2021 laisse craindre que l'objectif de réduction de l'enveloppe budgétaire destinée à la rémunération des médecins spécialistes ne puisse être atteint par des mesures de pertinence au 31 mars 2023.

4

Les ententes de rémunération des médecins sont demeurées aussi complexes qu'en 2015, ce qui nuit à la gestion efficace de la rémunération.

ÉQUIPE

Martin St-Louis
Directeur principal d'audit

Sébastien Simard
Directeur d'audit

Mathieu Genesse
Ariane Harvey
Maxime Lessard

SIGLES

ICIS Institut canadien d'information sur la santé

FMOQ Fédération des médecins omnipraticiens
du Québec

FMSQ Fédération des médecins spécialistes
du Québec

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec

SCT Secrétariat du Conseil du trésor

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	7
Depuis 2015, les coûts de la rémunération des médecins ont été inférieurs (d'un milliard de dollars) à ce qui était prévu dans les ententes, sans que le MSSS convienne de la part du solde non dépensé devant demeurer disponible pour la rémunération des médecins et de celle représentant des économies.....	11
Une augmentation de 2 milliards de dollars a été accordée sous différentes formes pour permettre un rattrapage salarial des médecins, sans que le MSSS ait fait les suivis appropriés.	15
Le peu d'économies récurrentes identifiées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux en 2020-2021 laisse craindre que l'objectif de réduction de l'enveloppe budgétaire destinée à la rémunération des médecins spécialistes ne puisse être atteint par des mesures de pertinence au 31 mars 2023.	22
Les ententes de rémunération des médecins sont demeurées aussi complexes qu'en 2015, ce qui nuit à la gestion efficace de la rémunération.....	27
Recommandations.....	33
Commentaires des entités auditées	34
Renseignements additionnels.....	37

MISE EN CONTEXTE

- 1 En novembre 2015, le Vérificateur général a déposé deux rapports sur la rémunération des médecins, l'un sur la conception et le suivi des ententes de rémunération, l'autre sur l'administration et le contrôle de cette rémunération par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- 2 Ces travaux d'audit avaient donné lieu à dix recommandations, dont cinq concernaient l'administration et le contrôle de la rémunération. Ces cinq recommandations ont fait l'objet d'un suivi déposé à l'Assemblée nationale en novembre 2018.
- 3 Le présent rapport aborde les lacunes soulevées dans la conception et le suivi des ententes de rémunération, pour lesquelles cinq recommandations avaient été adressées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2015. Cette fois, nous avons analysé la conception et la gestion des ententes dans la perspective du renouvellement de ces ententes ayant eu lieu en 2018 et du protocole d'accord signé avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) en 2019.

Entente générale, accord-cadre et protocole d'accord

En 2018, le renouvellement de l'entente générale avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et de l'accord-cadre avec la FMSQ prévoit notamment les enveloppes budgétaires pour la période 2015-2023. En décembre 2019, un protocole d'accord signé avec la FMSQ prévoit une diminution progressive de l'enveloppe budgétaire de la rémunération des médecins spécialistes d'ici 2023.

Pourquoi avons-nous fait cet audit ?

- 4 En 2015, nous avons observé des lacunes dans la conception et le suivi des ententes de rémunération des médecins alors en vigueur, soit celles de 2010-2015. Par exemple, les coûts associés aux deux enveloppes budgétaires (médecins omnipraticiens et médecins spécialistes) étaient de 417 millions de dollars supérieurs à ce qui avait été prévu dans les ententes. Cette situation, combinée aux augmentations accordées pour cette période, plaçait le MSSS devant des enjeux budgétaires importants.
- 5 En décembre 2019, le gouvernement et la FMSQ ont convenu de réduire progressivement l'enveloppe budgétaire destinée à la rémunération des médecins spécialistes pour atteindre une diminution annuelle récurrente de 560 millions de dollars à compter de 2022-2023, et économiser 1,6 milliard en cinq ans. Plus de détails sur les économies prévues dans le protocole d'accord sont présentés dans la section Renseignements additionnels. L'Institut de la pertinence des actes médicaux a alors été créé pour réaliser une partie de cette réduction.

Institut de la pertinence des actes médicaux

L'Institut est notamment chargé d'identifier des mesures de pertinence, soit des mesures visant à restreindre ou à éliminer des actes médicaux inappropriés, rendus à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales.

6 Pour l'année financière 2019-2020, les coûts associés à la rémunération des médecins s'élevaient à 7,5 milliards de dollars. Depuis 2009-2010, la part de ces coûts dans les dépenses de programmes en santé et services sociaux a varié entre 16 et 22 %. Pendant la même période, le coût par habitant en dollars constants de la rémunération des médecins a augmenté de 32 %, alors que les coûts associés aux autres dépenses de programmes en santé et services sociaux ont crû de 13 %. La croissance cumulée des dépenses par habitant en santé et services sociaux est présentée dans la section Renseignements additionnels.

Les dépenses de programmes en santé et services sociaux

Les dépenses ont atteint 40,2 milliards de dollars au 31 mars 2020. De ce montant, 36,9 milliards de dollars ont été principalement consacrés au financement des établissements et à la rémunération des médecins.

Quels sont l'objectif de l'audit et la portée des travaux ?

7 Notre audit avait pour objectif d'évaluer la conception et la gestion des nouvelles ententes de rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes pour la période 2015-2023, notamment en déterminant si les lacunes que nous avons cernées en 2015 persistent. Plus spécifiquement, nous avons examiné :

- la conception et la gestion des nouvelles ententes 2015-2023 ;
- les démarches entreprises pour comparer la rémunération des médecins du Québec avec celle des médecins du reste du Canada ;
- les travaux réalisés par l'Institut pour décider des mesures qui permettront de réaliser les économies attendues et de déterminer les réinvestissements afin de moderniser la pratique médicale des médecins spécialistes et d'accroître l'accès à la médecine spécialisée ;
- la complexité des ententes de rémunération des médecins.

8 Nos travaux ont été réalisés auprès du MSSS, du Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) et de l'Institut. Le SCT fait partie des entités auditées en raison d'un décret signé en 2019 attribuant au ministre responsable de l'Administration gouvernementale et président du Conseil du trésor les responsabilités de négociation dans le cadre du renouvellement des enveloppes budgétaires, bien que le MSSS conserve ses responsabilités dans la négociation permanente relative à l'utilisation et au suivi des enveloppes.

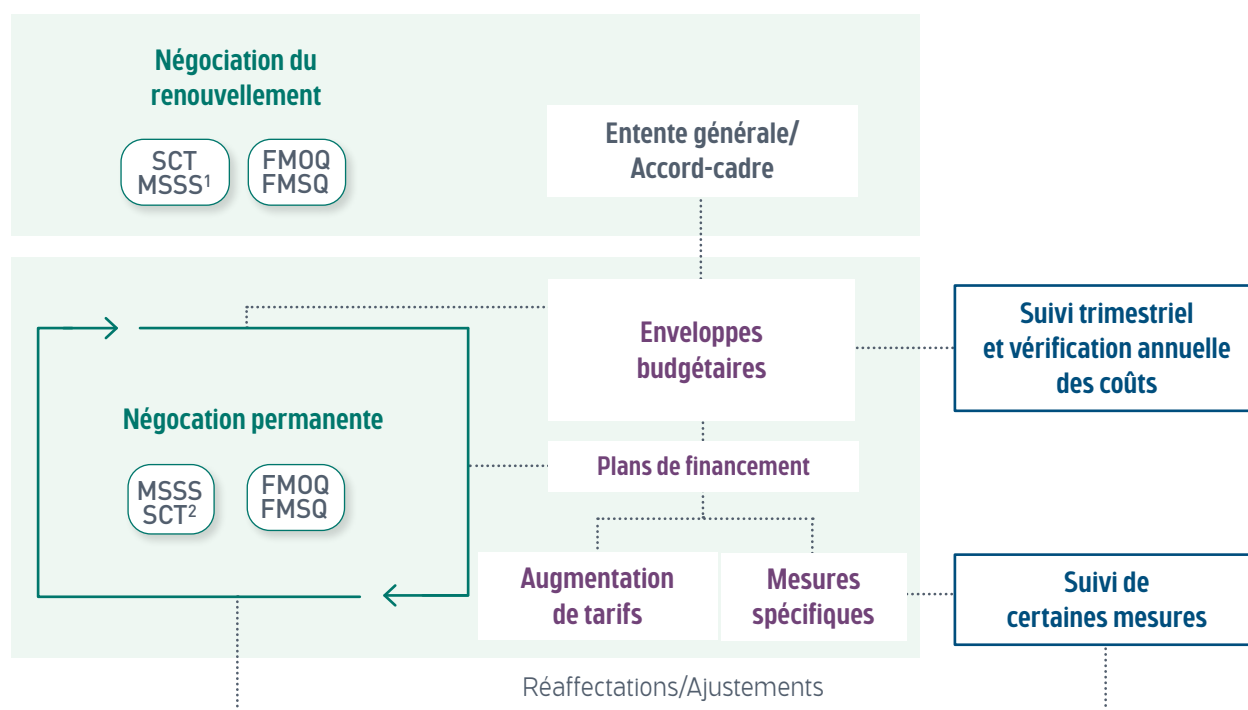
9 La période d'avril 2015 à mars 2020 a fait l'objet de notre audit. Toutefois, certains de nos travaux ont pu avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période. L'objectif de l'audit, la portée des travaux ainsi que les cinq recommandations adressées au MSSS en 2015 sont présentés dans la section Renseignements additionnels.

Mécanique de gestion des ententes, en bref

10 Au 31 mars 2021, plus de 10 000 médecins omnipraticiens et plus de 11 000 médecins spécialistes étaient rémunérés par la RAMQ. Cette rémunération est encadrée en vertu d'enveloppes budgétaires et de paramètres négociés dans le cadre d'ententes entre le gouvernement et les représentants de la FMOQ et de la FMSQ. Toute modification des modalités prévues dans les ententes, qu'elle ait ou non un impact financier, est négociée et convenue entre le MSSS et les fédérations de médecins.

11 La figure 1 présente un résumé de la mécanique de gestion de la rémunération des médecins selon ce qui est prévu dans les ententes.

FIGURE 1 Mécanique de gestion de la rémunération des médecins prévue dans les ententes



1. Le SCT consulte le MSSS lors des négociations et conclut le renouvellement.
2. Le MSSS négocie et conclut des modifications qui doivent être approuvées par le SCT.

12 L'exercice de renouvellement des ententes permet notamment de fixer les enveloppes budgétaires et d'orienter l'affectation de nouvelles sommes à une augmentation de tarifs ou à la conception de mesures spécifiques visant, par exemple, l'amélioration de l'accessibilité aux services ou une meilleure continuité des soins offerts.

13 Une fois les enveloppes budgétaires déterminées, l'affectation des nouvelles sommes est convenue dans des plans de financement conçus et mis en œuvre par l'entremise d'un processus de négociation permanent. Il peut donc s'écouler un certain temps entre le moment où les sommes sont devenues disponibles et celui où les parties prenantes conviennent des modalités d'application des mesures ciblées dans les ententes.

14 Pour faire le suivi des coûts associés à la rémunération des médecins en fonction des enveloppes budgétaires et redistribuer les sommes si nécessaires, il existe notamment deux mécanismes :

- une vérification annuelle des coûts, qui consiste pour les parties à faire un suivi des dépenses réelles pour appliquer, au besoin, les mécanismes de contrôle d'un dépassement des budgets ou d'un solde non dépensé ;
- un suivi de mesures spécifiques, qui est parfois prévu lors de la conception d'une mesure afin de considérer l'incertitude entourant les dépenses estimées.

15 Les rôles et les responsabilités des principaux intervenants dans la mécanique de gestion de la rémunération des médecins sont présentés dans la section Renseignements additionnels.

Plans de financement

Il s'agit de plans qui prévoient l'affectation des nouvelles sommes par année financière. Les plans incluent seulement les sommes prévues pour les augmentations de tarifs et les nouvelles mesures, mais excluent les sommes découlant de l'évolution de la pratique médicale.

Processus de négociation permanent

Ce processus vise également à faire face aux enjeux qui surviennent en cours d'entente. Par exemple, la pandémie a donné lieu à de nouvelles modalités de rémunération des activités effectuées par les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes, qui ont été négociées suivant ce processus.

CONSTAT 1

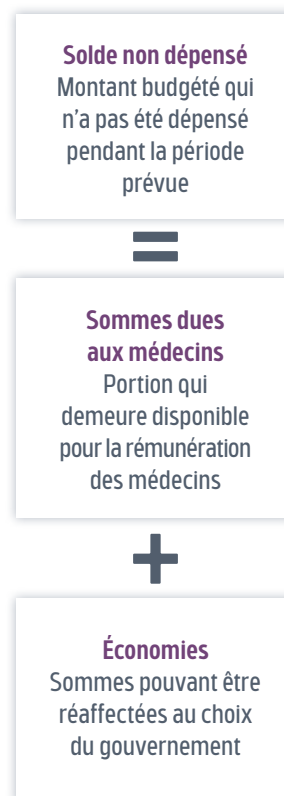
Depuis 2015, les coûts de la rémunération des médecins ont été inférieurs (d'un milliard de dollars) à ce qui était prévu dans les ententes, sans que le MSSS convienne de la part du solde non dépensé devant demeurer disponible pour la rémunération des médecins et de celle représentant des économies.

Qu'avons-nous constaté ?

16 Pendant la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2020, les dépenses de rémunération des médecins ont été inférieures aux enveloppes budgétaires, contrairement à ce que nous avons observé pour la période 2010-2015, alors que les coûts de la rémunération étaient supérieurs aux sommes budgétées de 417 millions. Au 31 mars 2020, le solde cumulé non dépensé pour la période était de plus d'un milliard de dollars.

17 Même si de nouvelles clauses aux ententes de rémunération le prévoient, le MSSS n'a pas complété les démarches qui lui permettraient d'établir la provenance de ce solde non dépensé afin de déterminer la part des sommes dues aux médecins et la part qui représente des économies.

18 Ce solde qui augmente année après année est une occasion que le MSSS n'a pas saisie pour éviter d'accumuler des engagements financiers envers les médecins ou s'assurer que le volume de services médicaux rendus correspond aux prévisions.



Pourquoi ce constat est-il important ?

19 Une gestion efficace des enveloppes budgétaires est importante puisque, comme nous l'avons expliqué en 2015, les sommes qui demeurent disponibles à la fin d'une entente de rémunération ont historiquement été utilisées pour le versement rétroactif de forfaits aux médecins ou l'augmentation temporaire de tarifs d'actes médicaux, sans égard à l'amélioration des services.

20 La présence d'un solde non dépensé peut avoir un impact sur l'accessibilité des services de médecine. En effet, ce solde peut signifier que des mesures d'accessibilité n'ont pas été mises en place en temps opportun ou que le volume de services médicaux offerts a été inférieur aux attentes. À titre d'illustration, et sans considérer les enjeux de l'organisation des soins, en 2019-2020 une somme de 100 millions de dollars représentait plus de 250 000 visites en chirurgie, ce qui inclut aussi bien les consultations que la chirurgie elle-même (sur la base du tarif moyen d'une visite).

21 Un suivi rigoureux des dépenses devrait permettre d'affecter les sommes disponibles à bon escient et au moment opportun, et ainsi favoriser le bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Cette gestion efficace des enveloppes budgétaires est des plus pertinentes dans le contexte du vieillissement et de la croissance de la population, qui accentue la pression sur le portefeuille de la santé et des services sociaux et sur les finances publiques.

Mesures d'accessibilité

Il s'agit de mesures visant à améliorer l'accessibilité aux services médicaux. Les forfaits associés à l'inscription et à la prise en charge de patients par les médecins de famille sont des exemples de mesures d'accessibilité.

Ce qui appuie notre constat

Aucun dépassement depuis 2015, mais un solde non dépensé qui augmente

22 Depuis 2015, il n'y a eu aucun dépassement, mais il y a un solde non dépensé cumulatif de plus d'un milliard de dollars (tableau 1). En 2019-2020, le solde non dépensé représentait 4 % de l'enveloppe budgétaire destinée à la rémunération des médecins spécialistes et 7 % de celle destinée à la rémunération des médecins omnipraticiens.

TABLEAU 1 Évolution du solde non dépensé des enveloppes budgétaires (en millions de dollars)¹

	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Médecins spécialistes					
Enveloppe budgétaire	4 547,8	4 850,8	4 761,8	4 863,6	4 916,9
Dépenses	4 502,2	4 784,9	4 600,3	4 713,3	4 719,2 ²
Solde non dépensé	45,6	65,9	161,5	150,3	197,7
Solde non dépensé cumulé	45,6	1 11,5	273,0	423,3	621,0
Médecins omnipraticiens					
Enveloppe budgétaire	2 448,3	2 578,6	2 899,0	2 780,7	2 979,9
Dépenses	2 404,9	2 547,8	2 880,4	2 661,4	2 765,9
Solde non dépensé	43,4	30,8	18,6	119,3	214,0
Solde non dépensé cumulé	43,4	74,2	92,8	212,1	426,1
Solde non dépensé cumulé combiné	89,0	185,7	365,8	635,4	1 047,1

1. L'enveloppe budgétaire des médecins spécialistes pour 2014-2015 s'élevait à 4 112,2 millions de dollars et celle des médecins omnipraticiens à 2 308,7 millions de dollars. Ainsi, la croissance cumulée des enveloppes combinées s'est établie à 23 % entre 2014-2015 et 2019-2020. Ces montants excluent la part des primes d'assurance responsabilité professionnelle assumée par le gouvernement, puisque ce montant est considéré comme hors enveloppe dans les ententes pour 2015-2023.

2. Des ajustements de 5 à 10 millions pourraient être apportés à ces dépenses en raison de certains versements forfaitaires.

Source : MSSS.

Démarche non complétée afin de déterminer les sommes dues aux médecins et celles qui sont des économies

23 Dans notre rapport de 2015, nous avons souligné le fait que les enveloppes budgétaires pour la rémunération des médecins représentaient une garantie quant aux sommes minimales qui leur étaient versées. Dans les ententes de 2018, une clause prévoit maintenant de limiter les sommes non dépensées demeurant disponibles pour la rémunération des médecins à certaines situations précises. Une analyse annuelle est maintenant prévue pour établir les raisons pour lesquelles des sommes n'ont pas été dépensées et déterminer si elles doivent être reportées pour être versées aux médecins dans le futur, ou non. Cette analyse s'applique depuis 2016-2017.

24 Contrairement à ce qui est prévu dans les ententes, l'analyse annuelle des soldes non dépensés n'a pas été complétée. En avril 2021, le MSSS nous a transmis une analyse pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2020 qui ne concerne que les sommes octroyées pour les plans de financement, ce qui représente une faible part des enveloppes budgétaires. De plus, les résultats de cette analyse n'ont pas fait l'objet de discussions avec les fédérations de médecins comme prévu. On ne peut donc connaître avec certitude la part des sommes dues aux médecins et la part représentant des économies pour le MSSS.

25 Il demeure pourtant que la part représentant des économies peut s'expliquer par un volume de services médicaux inférieur à ce qui était prévu dans les ententes et que cela devrait soulever des interrogations et mener à des actions dans le contexte actuel de difficulté d'accès aux médecins. De plus, en ce qui concerne la part des sommes dues aux médecins, et eu égard à la mécanique de gestion de la rémunération des médecins (figure 1), les parties devraient s'entendre rapidement sur l'utilisation de ces sommes afin de bonifier les services médicaux ou de mettre en place de nouvelles mesures.

Situations autorisant que des sommes demeurent disponibles

26 Pour que les sommes non dépensées demeurent disponibles pour la rémunération des médecins, elles doivent faire partie des exceptions suivantes :

- une augmentation tarifaire qui n'a pas été versée au moment prévu ;
- une mesure convenue qui n'est pas encore mise en application ou dont l'application demeure à convenir ;
- une surestimation du budget prévu pour une augmentation tarifaire¹ ou une mesure.

Exemple de report autorisé

À titre d'exemple, en 2018, une mesure évaluée à 1,7 million de dollars devait permettre au gouvernement de rendre disponibles des équipes comprenant des médecins omnipraticiens pour réaliser des soins intensifs au domicile de patients souffrant de conditions complexes dont l'état était instable, afin d'éviter des recours inappropriés à l'urgence et à l'hospitalisation. La mesure n'a finalement été déployée qu'en décembre 2019, ce qui a occasionné le report d'un solde non dépensé de 1,6 million de dollars.

1. Pour les médecins spécialistes, une surestimation d'une augmentation tarifaire peut aussi créer des sommes disponibles.

Risques liés au contrôle des dépassements

27 À la suite de nos travaux sur les ententes de rémunération 2010-2015, des clauses particulières ont été ajoutées dans les ententes 2015-2023 pour favoriser le respect des enveloppes budgétaires. Dans le cas d'un dépassement, ces clauses visent entre autres à :

- préciser les dépassements découlant de l'évolution de la pratique médicale devant être assumés par le gouvernement ;
- mettre en place des mesures correctives, mais en introduisant une exception pour les médecins spécialistes puisqu'en ce qui les concerne les dépassements découlant de facteurs tels une augmentation de la productivité, une croissance de la population ou des services et le transfert d'activités dans les cabinets privés ne donnent pas lieu à l'introduction de mesures correctives.

Qu'est-ce que l'évolution de la pratique médicale ?

L'évolution de la pratique médicale résulte principalement, mais sans s'y restreindre, de l'ajout net de médecins. À titre illustratif, si 200 médecins ont intégré la pratique au cours d'une année et que 50 autres se sont retirés, l'ajout net de médecins sera de 150. Ainsi, des sommes supplémentaires sont prévues afin de tenir compte des coûts additionnels découlant de leur pratique.

28 Comme il n'y a pas eu de dépassement de coûts depuis 2015, l'efficacité de ces nouvelles clauses n'a pu être évaluée. Toutefois, leur application risque de faire l'objet de différends entre le gouvernement et les fédérations de médecins. En effet, des indicateurs tels que la productivité ou une croissance des services n'ont pas été clairement définis, et laissent donc place à des interprétations qui peuvent être bien différentes.

29 Le MSSS aura d'autant plus intérêt à réaliser un suivi rigoureux des enveloppes budgétaires dans le contexte de l'après-pandémie de COVID-19. En effet, dans les années à venir, le rattrapage des soins à prévoir en raison du délestage de certaines activités risque d'entraîner une augmentation des dépenses de rémunération des médecins, et ainsi de générer le dépassement des enveloppes budgétaires.

CONSTAT 2

Une augmentation de 2 milliards de dollars a été accordée sous différentes formes pour permettre un rattrapage salarial des médecins, sans que le MSSS ait fait les suivis appropriés.

Qu'avons-nous constaté ?

30 Entre 2007 et 2017, les enveloppes budgétaires destinées à la rémunération des médecins ont été augmentées de 2 milliards de dollars afin que leur rémunération rattrape celle des médecins des autres provinces. Toutefois, le MSSS n'avait pas :

- défini clairement l'écart de rémunération pouvant être considéré comme acceptable ni la façon de l'apprécier ;
- mis en place des mécanismes de suivi efficaces de l'évolution de cet écart dans le temps, malgré l'importance des sommes en cause.

31 En 2019, en utilisant notamment des résultats préliminaires d'une démarche d'étalonnage, le gouvernement et la FMSQ ont convenu de réduire graduellement l'enveloppe budgétaire destinée à la rémunération des médecins spécialistes à partir de l'exercice 2018-2019 pour réaliser des économies récurrentes de 560 millions de dollars et atteindre un niveau de rémunération jugé équitable eu égard à la rémunération des médecins des autres provinces. Pour les médecins omnipraticiens, la négociation était toujours en cours au moment de terminer nos travaux.

Pourquoi ce constat est-il important ?

32 Depuis 2003, le gouvernement a accordé d'importantes augmentations budgétaires pour le rattrapage salarial des médecins. Il s'est engagé, dans le cadre d'ententes avec les fédérations de médecins, non seulement à leur offrir une rémunération concurrentielle, mais aussi à la maintenir dans le temps. L'objectif était d'avoir la capacité d'attirer les médecins au Québec et de les retenir.

33 La comparaison interprovinciale est un exercice complexe. En effet, les modes de rémunération et l'organisation des soins varient considérablement d'une province à l'autre. Ainsi, plusieurs ajustements de données sont nécessaires afin d'obtenir une base de comparaison représentative. D'autres facteurs influencent aussi l'analyse, tels que le coût de la vie et la productivité des médecins. Par conséquent, des méthodes de comparaison diversifiées peuvent être utilisées et mener à des résultats significativement différents.

34 Vu l'importance des sommes en cause et l'orientation constante du gouvernement d'améliorer le réseau de la santé, il importe de mettre en place un mécanisme efficace de suivi de la rémunération des médecins, notamment de l'écart de rémunération, qui peut varier dans le temps. Ce mécanisme doit prendre en compte d'autres facteurs, dont la part de la rémunération des médecins dans l'ensemble des dépenses en santé et services sociaux.

Ce qui appuie notre constat

Aucun paramètre important précisé en temps opportun

35 Lorsque le gouvernement s'est engagé à effectuer un rattrapage salarial des médecins québécois pour rapprocher leur rémunération de celle de leurs collègues des autres provinces, en 2003, l'écart de rémunération jugé acceptable n'avait pas été précisé ni la manière de le mesurer. Par conséquent, les parties n'ont pas été en mesure de s'entendre sur l'ampleur de l'écart qui devait être corrigé ni de mettre en place les outils permettant de suivre efficacement cet écart une fois l'exercice de rattrapage entamé.

36 Ce n'est qu'en 2019 que des paramètres permettant de bien évaluer l'écart ont été déterminés. Il a alors été choisi d'utiliser un indicateur de paiement moyen pour établir la base de comparaison des revenus et d'utiliser la méthode des jours temps plein comme indicateur de la charge de travail. Le gouvernement a également ajouté la rémunération hebdomadaire moyenne, compilée par Statistique Canada, comme indicateur du niveau de richesse. Tous ces indicateurs ont permis, entre autres, de prendre en compte une certaine évaluation de la productivité des médecins et le contexte économique propre au Québec.

37 L'application de l'indicateur du niveau de richesse a permis au gouvernement de conclure que la rémunération des médecins spécialistes québécois a été supérieure à la moyenne de la rémunération de leurs collègues des autres provinces à partir de 2015, et que cette situation devrait perdurer jusqu'en 2023.

Méthode des jours temps plein

Il s'agit de la charge de travail exprimée en fonction d'une journée de travail à temps plein type ; des seuils d'activité permettent de ramener une journée de travail à temps partiel en équivalent temps plein.

Rémunération hebdomadaire moyenne

Il s'agit de la rémunération totale versée pour une semaine de travail, divisée par le nombre total de salariés.

Absence des comités de suivi

38 Dans notre rapport de 2015, nous avons constaté que les comités devant effectuer des travaux de comparaison relatifs aux écarts de rémunération et suivre l'évolution de ces écarts n'avaient pas été créés. De ce fait, ces comités n'ont pas pu contribuer à la mise en place de paramètres à considérer lors d'un tel exercice de comparaison.

Rôle prévu des comités de suivi

Par exemple, un comité devait être mis sur pied en 2011 pour suivre l'évolution de l'écart de rémunération interprovincial des médecins spécialistes. 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.

39 Ainsi, pendant la période où il était prévu de verser la plus grande part des sommes qui permettraient d'effectuer le rattrapage salarial, aucun comité n'avait été mandaté pour faire le suivi des écarts de rémunération.

Médecins spécialistes : comparaison avec leurs homologues canadiens complétée

40 En mars 2018, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a reçu le mandat de réaliser un exercice de comparaison interprovinciale selon différentes méthodologies. Son rapport final a été publié en mars 2021. Des résultats préliminaires avaient toutefois déjà été présentés au gouvernement et à la FMSQ en 2019.

41 L'ICIS a utilisé l'exercice 2016-2017 pour effectuer la comparaison interprovinciale. À partir des résultats publiés, le gouvernement a établi que la rémunération des médecins spécialistes du Québec était alors de 11 % supérieure à celle de leurs homologues des autres provinces, et de 17 % supérieure à celle des médecins de l'Ontario.

Institut canadien d'information sur la santé

Il s'agit d'un organisme autonome sans but lucratif spécialisé dans l'analyse statistique des systèmes de santé. Son mandat est notamment de fournir une information comparable et exploitable qui favorise une amélioration rapide des soins de santé et de la performance des systèmes de santé.

TABLEAU 2 Écart de rémunération entre les médecins spécialistes du Québec et leurs homologues des autres provinces pour l'année 2016-2017 (en dollars)

	Québec	Canada ¹	Écart	Ontario	Écart
Revenu moyen des médecins spécialistes	387 180	402 456	-4 %	384 939	1 %
Prise en compte de la charge de travail ²	387 180	385 986	0 %	358 321	7 %
Prise en compte du coût de la vie (RHM)	387 180	346 318	11 %	323 280	17 %

RHM Rémunération hebdomadaire moyenne

1. Toutes les provinces, sauf le Québec.

2. Les données disponibles concernent uniquement le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta.

Sources : ICIS et SCT.

42 En considérant entre autres les résultats préliminaires obtenus par l'ICIS, le gouvernement a demandé de modifier l'entente de 2018 afin de réduire l'enveloppe budgétaire 2015-2023 des médecins spécialistes. Il poursuivait deux objectifs lorsqu'il a amorcé les discussions avec la FMSQ :

- revoir la rémunération des médecins spécialistes de façon à ce qu'elle soit plus équitable et qu'elle reflète l'écart de richesse du Québec avec les autres provinces canadiennes ;
- récupérer des sommes en vue de les réinvestir pour améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés.

43 Les négociations ont mené à la signature d'un nouveau protocole d'accord en décembre 2019, dans lequel il est notamment convenu de réduire l'enveloppe budgétaire de la rémunération des médecins spécialistes. Selon le gouvernement, la diminution graduelle de cette enveloppe budgétaire, qui atteindra 560 millions de dollars par année à compter de 2022-2023, permettra de ramener la rémunération des médecins spécialistes au niveau de la moyenne de la rémunération de leurs homologues des autres provinces d'ici la fin de l'entente, en 2023, plutôt qu'à 11 % au-dessus comme c'était le cas en 2016-2017. Le tableau 3 montre l'évolution de la réduction de l'enveloppe budgétaire prévue jusqu'en 2022-2023.

TABLEAU 3 Diminution graduelle de l'enveloppe budgétaire de la rémunération des médecins spécialistes prévue en 2018 (en millions de dollars)

	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Entente 2018	4 892,1	5 083,9	5 181,3	5 398,2	5 503,9
Protocole d'accord 2019	4 822,9 ¹	4 916,9	4 900,6	4 994,9	4 943,7
Diminution²	69,2 (1 %)	167,0 (3 %)	280,7 (5 %)	403,3 (7 %)	560,2 (10 %)

1. Ne tient pas compte du réaménagement convenu après la signature du protocole de 2019 qui a eu pour effet d'augmenter l'enveloppe budgétaire pour 2018-2019 à 4 863,6 millions de dollars (tableau 1).

2. La diminution illustrée pour la période 2018-2023 est de 1 480,4 millions de dollars, alors que la diminution totale prévue dans le protocole d'accord de 2019 est de 1 604,7 millions de dollars. La différence de 124,3 millions découle principalement de l'assurance responsabilité professionnelle qui, bien qu'elle soit une composante liée à la rémunération des médecins, est exclue de l'enveloppe budgétaire.

44 Toutefois, un suivi rigoureux devra être effectué, notamment parce que la réduction de l'enveloppe budgétaire repose sur la réalisation d'économies et que différents facteurs peuvent influencer la rémunération réelle, dont le volume des services médicaux rendus. Nous verrons au constat 3 qu'une portion des économies contribuant à cette réduction risque de ne pas être réalisée dans les délais prévus.

Médecins omnipraticiens : comparaison toujours en cours

45 L'ICIS a été mandaté pour comparer la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec avec celle de leurs homologues de l'Ontario, en se basant sur l'exercice 2015-2016. Il a remis son rapport final au gouvernement et à la FMOQ en octobre 2019. Au moment de terminer nos travaux, des négociations étaient toujours en cours afin de déterminer les actions à mener. Ces négociations prennent la forme d'un forum de discussion et portent sur :

- l'écart de rémunération avec les médecins omnipraticiens de l'Ontario ;
- l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes québécois ;
- l'amélioration de la prise en charge et de l'accès aux soins de première ligne, entre autres par l'accroissement de la part de la rémunération sur base de capitation.

Rémunération sur base de capitation

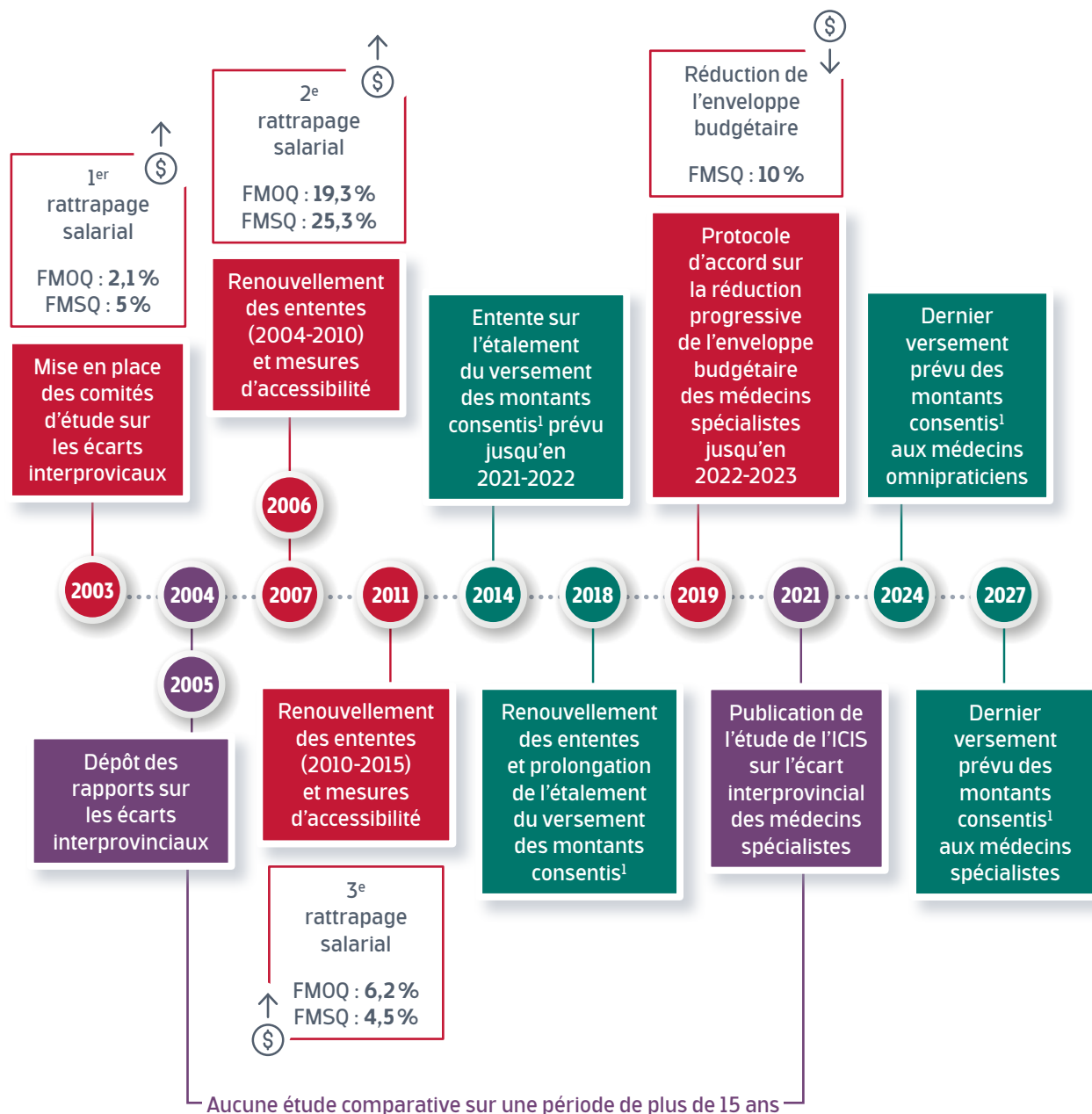
Il s'agit d'un mode de rémunération en fonction de la clientèle prise en charge.

46 Le rapport de l'ICIS demeure confidentiel jusqu'au terme de la négociation entre le gouvernement et la FMOQ. En vertu de l'entente, un processus de négociation, de médiation et de règlement de différends s'enclenche afin de déterminer l'écart à corriger avec les médecins omnipraticiens de l'Ontario en cas de mésentente, mais ce processus est suspendu durant les discussions du forum.

Comparaison de la rémunération des médecins : un exercice long et complexe

47 Il s'est écoulé plus de 15 ans entre le dépôt des rapports des comités d'étude sur la rémunération des médecins en 2004 et la publication de l'étude comparative de la rémunération des médecins spécialistes de l'ICIS. Le renouvellement de 2007 a fait suite à une médiation qui a permis de convenir d'un rattrapage salarial à la lumière des rapports de 2004. Par la suite, le gouvernement a signé deux renouvellements des ententes, sans détenir toutes les informations permettant de situer la rémunération des médecins du Québec par rapport à celles de leurs homologues des autres provinces (figure 2).

FIGURE 2 Dates importantes du rattrapage salarial des médecins



1. Il s'agit des montants consentis lors des renouvellements de 2007 et de 2011.

48 En conséquence, la croissance de la rémunération des médecins a atteint un rythme annuel moyen de 8 % entre 2007 et 2017, alors que la croissance des autres dépenses du portefeuille de la santé et des services sociaux s'établissait à 3 % par année. La croissance des dépenses de rémunération des médecins a ainsi accaparé une part importante de la croissance du portefeuille de la santé et des services sociaux (44 % en moyenne).

49 La rémunération des médecins a accaparé jusqu'à 101 % de la croissance du portefeuille en 2015-2016 (tableau 4), ce qui a contribué à la pression exercée sur le portefeuille de la santé et des services sociaux.

TABLEAU 4 Variation des dépenses du portefeuille de la santé et des services sociaux de 2013-2014 à 2019-2020 (en milliers de dollars)

	2013-2014	2014-2015	2015-2016 ¹	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Part de la croissance du portefeuille destinée à la rémunération des médecins	68 %	20 %	101 %	41 %	4 %	-9 %	4 %
Rémunération des médecins	725 188	213 416	536 277	492 622	102 758	(126 567)	75 356
Variation	13,4 %	3,5 %	8,4 %	7,1 %	1,4 %	-1,7 %	1,0 %
Autres programmes du MSSS	338 354	832 022	(4 892)	696 045	2 672 425	1 583 885	1 984 573
Variation	1,4 %	3,3 %	0,0 %	2,7 %	10,1 %	5,4 %	6,4 %
Portefeuille du MSSS	1 063 542	1 045 438	531 385	1 188 667	2 775 183	1 457 318	2 059 929
Variation	3,5 %	3,4 %	1,6 %	3,6 %	8,2 %	4,0 %	5,4 %

1. La diminution des dépenses des autres programmes du MSSS est influencée par une diminution du coût des médicaments de 79 millions de dollars en 2015-2016.

Source : Comptes publics, volume 2.

CONSTAT 3

Le peu d'économies récurrentes identifiées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux en 2020-2021 laisse craindre que l'objectif de réduction de l'enveloppe budgétaire destinée à la rémunération des médecins spécialistes ne puisse être atteint par des mesures de pertinence au 31 mars 2023.

Qu'avons-nous constaté ?

50 Il y a un risque important que les objectifs liés aux économies de pertinence assignés à l'Institut ne soient pas atteints dans les délais prévus. En effet, ayant commencé ses activités en mars 2020, l'Institut n'a pas été en mesure d'atteindre la cible d'économies récurrentes de 70 millions de dollars prévue pour 2020-2021. Il a plutôt identifié une économie récurrente de 6,1 millions de dollars (9 % de la cible). Les économies que ces mesures de pertinence pourraient permettre de réaliser en 2022-2023 sont estimées à 58 millions de dollars récurrents (24 % de l'objectif de 240 millions de dollars).

51 Pour se rapprocher de la cible de 2020-2021, des économies non récurrentes totalisant 55 millions de dollars ont été identifiées, dont certaines découlent de la diminution des activités des médecins spécialistes causée par le contexte pandémique et non de travaux sur la pertinence des actes médicaux. Ces économies ponctuelles pour 2020-2021 devront être réalisées de nouveau lors des prochains exercices, ce qui augmente le risque que l'objectif d'identifier 240 millions de dollars d'économies récurrentes et d'adopter des mesures pérennes ne puisse être atteint d'ici le 31 mars 2023.

52 Le mode de suivi annuel des économies prévu dans le protocole d'accord présente également des lacunes, qui font que les économies annoncées peuvent être surévaluées en raison de la facturation d'actes similaires à ceux ayant été éliminés.

Rôle de l'Institut de la pertinence des actes médicaux

La création de l'Institut a été convenue dans le protocole d'accord signé entre le gouvernement et la FMSQ en décembre 2019. Ce protocole vise notamment la réduction de l'enveloppe budgétaire des médecins spécialistes. L'Institut est chargé d'identifier des actes médicaux inappropriés, rendus à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales, et d'adopter des mesures visant à les restreindre ou à les éliminer (mesures de pertinence). À titre d'exemple, depuis janvier dernier, par suite de ses travaux, des chirurgiens ne peuvent plus facturer les honoraires additionnels prévus de 111 dollars pour les chirurgies débutant entre 7 h et 8 h, et de 22 dollars par période de 15 minutes pour les chirurgies en cours entre 15 h et 17 h (du lundi au vendredi excluant les jours fériés). De plus amples renseignements sur l'Institut sont présentés dans la section Renseignements additionnels.

Pourquoi ce constat est-il important ?

53 Le gouvernement et la FMSQ se sont entendus pour réduire de 1,6 milliard de dollars les sommes destinées à la rémunération des médecins spécialistes entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2023. À cette fin, ils ont entre autres prévu que des économies totalisant 450 millions de dollars devaient être réalisées d'ici le 31 mars 2023 grâce aux travaux sur la pertinence des actes médicaux de l'Institut.

54 Il importe que les économies réalisées soient concrètes et fassent l'objet d'une reddition de comptes transparente afin d'atteindre les objectifs recherchés. De plus, les sommes économisées doivent être réinvesties dans le système de santé pour améliorer l'accessibilité aux services de médecine spécialisée, notamment par l'embauche de personnel, la formation (excluant celle des médecins) et la modernisation de la pratique médicale.

Économies liées à la pertinence des actes médicaux facturés

En trois ans, une économie de 450 millions de dollars doit découler des travaux de l'Institut de la pertinence des actes médicaux. Cette économie sera constituée du cumul des économies récurrentes à réaliser sur trois ans, soit de 2020-2021 à 2022-2023. Les cibles sont de 70 millions pour 2020-2021, de 140 millions pour 2021-2022 et de 240 millions pour 2022-2023.

Ce qui appuie notre constat

Non-atteinte de la cible d'économies récurrentes en 2020-2021

55 Ce n'est que 6,1 millions de dollars d'économies récurrentes qui ont été identifiées en 2020-2021, soit 9 % de la cible. De plus, les premières mesures adoptées ont été mises en œuvre seulement en janvier 2021, soit moins de trois mois avant la fin de l'exercice. Le tableau 5 présente le portrait des économies identifiées par l'Institut au 31 mars 2021.

TABLEAU 5 Économies identifiées par l'Institut au 31 mars 2021 (en millions de dollars)

	2020-2021	2021-2022	2022-2023
OBJECTIF : 240 M \$ d'économies récurrentes en 2022-2023			
Cible	70,0	140,0	240,0
Économies récurrentes ¹	6,1	47,6	58,0
État d'avancement	2,5 %	19,8 %	24,2 %
Déficit de réalisation (écart)	63,9	92,4	182,0
OBJECTIF : 450 M \$ d'économies totales de 2020-2021 à 2022-2023			
Cible cumulative	70,0	210,0	450,0
Économies cumulatives ¹	6,1	53,7	111,7
État d'avancement	1,4 %	11,9 %	24,8 %
Déficit de réalisation (écart)	63,9	156,3	338,3
Économies non récurrentes identifiées	55,0		

1. Les premières mesures d'économie sont entrées en vigueur en janvier 2021. Les économies indiquées pour 2021-2022 et 2022-2023 représentent les économies identifiées en 2020-2021 sur une base annualisée ainsi que de nouvelles mesures qui entreront en vigueur après le 31 mars 2021.

Source : Institut de la pertinence des actes médicaux.

56 Les retards constatés quant à l'atteinte des cibles accentuent la pression sur les deux prochains exercices. Ainsi, des économies récurrentes de 182 millions de dollars restent encore à identifier afin d'atteindre l'objectif de 240 millions au 31 mars 2023. Au total, c'est plus de 338 millions de dollars d'économies récurrentes découlant de mesures de pertinence qui devront être identifiées au cours des deux prochaines années.

Des économies non récurrentes sans lien avec la pertinence d'actes médicaux

57 Afin de favoriser l'atteinte de la cible d'économies récurrentes de 2020-2021, l'Institut a pris en considération des économies non récurrentes totalisant 55 millions de dollars. Ces économies ne résultent pas de travaux sur la pertinence des actes médicaux et elles s'éloignent du mandat de l'Institut.

58 Comme l'illustre le tableau 5, le déficit de réalisation des économies récurrentes est de 63,9 millions pour 2020-2021. Le protocole d'accord prévoit qu'un tel déficit (écart) est reporté aux années budgétaires subséquentes jusqu'à ce que les économies soient entièrement identifiées et que des mesures soient adoptées et mises en place pour assurer leur réalisation récurrente. Advenant que certaines économies ne soient pas réalisées dans les délais prévus, il revient à l'Institut de déterminer les ajustements non récurrents à apporter pour que les économies attendues soient réalisées.

59 Or, considérant l'état d'avancement des travaux, c'est plutôt le SCT et la FMSQ qui ont proposé les économies non récurrentes dès 2020-2021. Ces économies découlent de sommes budgétées en 2020-2021 pour la rémunération des médecins spécialistes qui n'ont pas été dépensées compte tenu de l'environnement ou du contexte dans lequel les médecins spécialistes ont exercé leurs activités en 2020-2021. Voici deux exemples d'économies non récurrentes proposées :

- diminution des activités en raison de la pandémie de COVID-19 : 25 millions ;
- réduction temporaire des primes d'assurance responsabilité professionnelle : 16,7 millions.

Suivi déficient des économies réalisées

60 Un suivi annuel pour confirmer la réalisation des économies est prévu au protocole pour les exercices budgétaires 2020-2021 à 2022-2023. Toutefois, le suivi se limite à l'analyse des données liées aux codes de facturation qui ont été modifiés ou supprimés, sans vérifier si les actes médicaux ont pu être facturés à partir de codes d'actes médicaux similaires. Nous avons d'ailleurs pris connaissance de communications dans lesquelles des établissements proposaient aux médecins d'utiliser des codes de facturation alternatifs s'ils jugeaient nécessaire de poser des actes dont le code avait été abrogé. Il y a donc un risque que les économies annoncées soient surévaluées.

61 Le suivi est d'autant plus important que, dans l'éventualité où les économies réalisées s'avèrent moins élevées que ce qui avait été estimé, l'Institut doit apporter les ajustements appropriés, par exemple en récupérant la différence à même les sommes disponibles.

D'autres défis à venir pour réaliser sa mission

62 Au 31 mars 2021, la réaffectation de seulement 352,3 millions de dollars en investissement a été prévue par l'Institut, ce qui représente 22 % de l'objectif à atteindre au 31 mars 2023. De plus, près de 80 % de ce montant provient de dépenses en partie récurrentes ayant été identifiées avant la création de l'Institut.

1,6 milliard à réaffecter dans le système de santé

Un montant de 1,6 milliard de dollars provenant de la réduction de la rémunération des médecins spécialistes devra être réinvesti dans le système de santé. L'Institut est responsable de déterminer la façon dont ce montant sera réaffecté. Celui-ci est constitué de 450 millions de dollars d'économies à réaliser par l'Institut pour la période de 2020-2021 à 2022-2023 et des autres économies découlant de la réduction de l'enveloppe budgétaire prévue dans le protocole d'accord pour la période de 2018-2019 à 2022-2023.

Ces sommes doivent servir à améliorer l'accessibilité aux services de médecine spécialisée. Elles doivent donc ultimement être transférées du programme des services médicaux de la RAMQ vers le budget de dépenses global du MSSS.

63 Lorsque la réaffectation des sommes est déterminée, celles-ci sont investies dans des projets qui doivent être déployés par le MSSS. Voici trois projets qui ont été adoptés récemment et qui devraient être réalisés grâce aux économies.



64 Également, la création de l'Institut n'a pas fait l'objet d'un décret du gouvernement, comme prévu dans le protocole d'accord. Cela a pour effet de limiter l'Institut, qui ne peut, par exemple, signer les ententes convenues pour le réinvestissement des économies, ce qui augmente les délais de réalisation.

65 Les défis de l'Institut sont importants, surtout si on considère sa structure de gouvernance paritaire qui peut complexifier l'obtention d'un consensus et la prise de décisions efficaces. Le comité de gouvernance de l'Institut est composé de 11 membres, soit d'un président, de quatre représentants du gouvernement, de quatre représentants de la FMSQ et de deux représentants du public sans droit de vote. Tout différend au comité de gouvernance peut être déféré à un conseil de règlement composé de trois membres nommés conjointement par les parties. Les décisions du conseil de règlement sont exécutoires, définitives et lient les parties. Ce processus demeure toutefois à être testé.

CONSTAT 4

Les ententes de rémunération des médecins sont demeurées aussi complexes qu'en 2015, ce qui nuit à la gestion efficace de la rémunération.

Qu'avons-nous constaté ?

66 En 2015, nous avons constaté que la complexité de l'application et du contrôle des nouvelles modalités de rémunération des médecins engendrait des délais d'implantation et des coûts de développement des systèmes informatiques. Peu d'améliorations ont été apportées à cet égard.

67 Cette complexité contribue à augmenter les risques d'erreurs de facturation et les délais lorsque vient le temps d'effectuer des modifications. Par exemple, certains codes de facturation tardent à être retirés ou modifiés, et des tarifs ne sont pas ajustés en temps opportun pour prendre en considération les avancées technologiques.

68 De plus, la multiplication des codes de facturation et les changements fréquents apportés aux modalités de rémunération rendent difficile la production en temps opportun d'une information de gestion fiable et comparative, comme le nombre de visites par médecin.

Pourquoi ce constat est-il important ?

69 La pratique médicale est un sujet complexe en raison de sa nature même. Les ententes de rémunération des médecins en vigueur reflètent cette grande complexité, au détriment toutefois de l'amélioration continue et de la recherche d'une certaine efficacité.

70 Il est important que les modalités d'application des ententes de rémunération soient intelligibles pour assurer une compréhension commune des objectifs et une application efficace. Indépendamment de l'organisation des services, il est fondamental de permettre à la société (parlementaires, citoyens, chercheurs, etc.) de comprendre les décisions d'allocation de ressources financières en santé et de pouvoir en discuter. À cet égard, les données relatives à la rémunération des médecins sont une source d'information stratégique pour mieux comprendre et diriger l'offre de services médicaux.

71 Non seulement la complexité de la mécanique de gestion de la rémunération des médecins engendre des délais d'application importants, mais elle rend aussi difficile le traitement de la facturation des médecins, en plus d'être la cause d'erreurs de facturation. De plus, le fait que le gouvernement et les fédérations de médecins aient historiquement voulu prévoir une rémunération associée à plusieurs particularités, comme le lieu de pratique, le contexte dans lequel s'effectue l'acte médical ou la complexité de la clientèle concernée, n'est pas sans conséquence sur l'efficacité de la gestion de cette rémunération.

Ce qui appuie notre constat

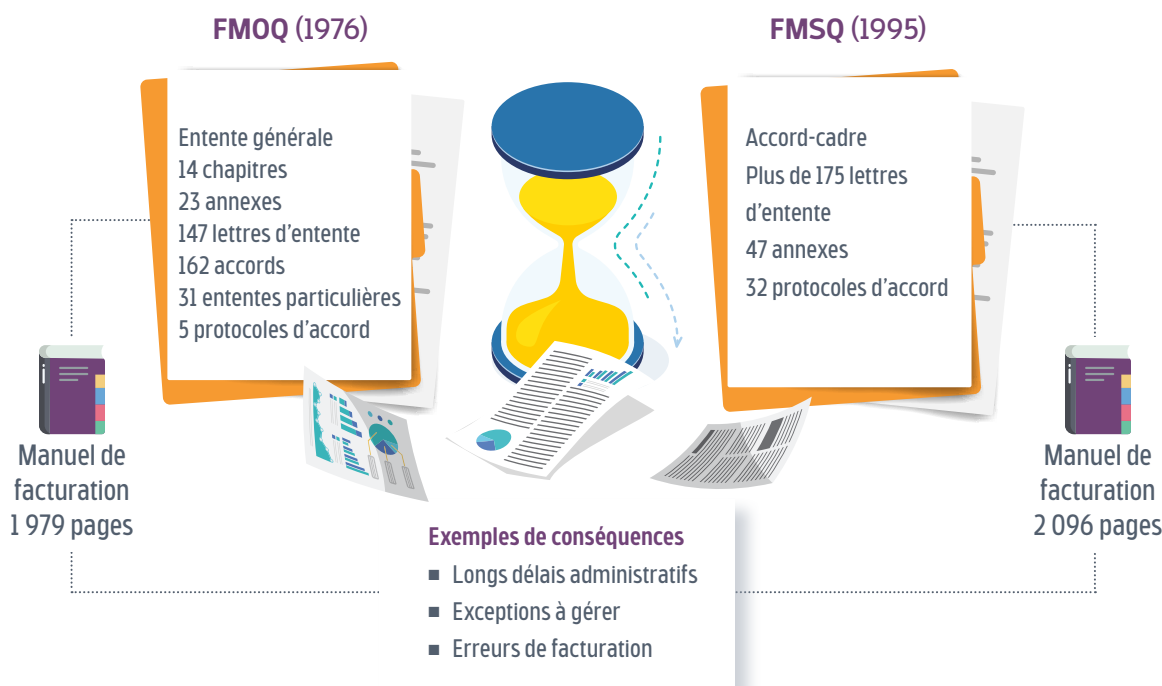
Des ententes complexes

72 Il y a une multitude de documents qui encadrent la rémunération des médecins. En effet, pour les médecins omnipraticiens, l'entente générale présentement en vigueur date de 1976 et est constituée de plus de 350 documents. Pour les médecins spécialistes, l'accord-cadre qui prévaut remonte à 1995 et il s'y greffe plus de 225 documents.

73 Au fil du temps, ces ententes ont acquis de la complexité en raison des mises à jour qui consistent généralement en l'ajout de nouvelles ententes sous-jacentes. Ces ententes sous-jacentes sont consignées dans une multitude de véhicules juridiques distincts, tels un protocole d'accord, une lettre d'entente, une annexe, etc. Il est difficile de déterminer clairement à quelle situation s'appliquent les différents types de documents.

74 En plus de l'entente générale et de l'accord-cadre, la RAMQ produit neuf manuels et sept guides pour accompagner les médecins dans leur facturation.

75 La figure 3 présente le portrait de l'ensemble des ententes et des manuels encadrant la rémunération des médecins.

FIGURE 3 Ententes négociées entre le gouvernement et les fédérations de médecins

76 À titre d'illustration de la complexité, voici des exemples :

- Le protocole d'accord peut être utilisé dans le cadre du renouvellement d'une entente, mais aussi pour établir des modalités complémentaires à la pratique médicale ou à la rémunération. Le protocole d'accord intervenu le 11 décembre 2019 concernant la réduction de l'enveloppe budgétaire réservée à la rémunération des médecins spécialistes en est un exemple.
- La lettre d'entente est utilisée dans plusieurs circonstances, entre autres pour établir des conditions de rémunération spécifiques à un secteur particulier ou à un médecin, ou encore pour convenir de versements forfaitaires, comme la « lettre d'entente 269 concernant certaines modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière » des médecins omnipraticiens.

77 Depuis l'adoption de l'entente générale avec les omnipraticiens et de l'accord-cadre avec les médecins spécialistes, le nombre de codes de facturation a augmenté de façon considérable ; il est passé d'environ 500 lors des premières ententes à plus de 12 300 en 2021. À ces codes peuvent se greffer plus de 375 éléments de contexte, tels que le lieu de pratique, la région ou la sous-région de pratique ainsi que le moment de la journée ou de la semaine où le service a été rendu. Cet arrimage de la facturation à toutes les possibilités offertes dans le cadre d'une intervention clinique entraîne une pléthore de règles et de codes de facturation. Les manuels de facturation des omnipraticiens et des médecins spécialistes totalisent 4 075 pages, dont 577 concernent uniquement les instructions de facturation.

78 Bien que les médecins demeurent responsables de l'exactitude de leur facturation, plus de 90 % délèguent maintenant cette tâche à des agences de facturation. D'ailleurs, au cours des deux dernières années, le Centre d'assistance aux professionnels de la RAMQ a répondu à plus de 155 000 appels liés à la facturation provenant de médecins et d'agences de facturation, incluant les appels relatifs à ses services en ligne.

79 L'intégration de changements aux ententes exige un développement continu des systèmes informatiques pour intégrer les nouvelles règles de facturation et les contrôles qui y sont liés. Plus d'une trentaine de systèmes informatiques et d'applications sont nécessaires pour gérer la rémunération des médecins. Ainsi, des coûts de refonte des systèmes informatiques sont parfois nécessaires et un budget de 2 millions de dollars est alloué annuellement à la mise à jour des systèmes, lequel est utilisé en grande partie pour l'application des nouvelles modalités négociées.

Agences de facturation

Quelque 180 agences offrent aux médecins des services de facturation auprès de la RAMQ.

Une complexité qui a des conséquences sur les délais de mise en œuvre

80 Pour assurer une allocation optimale des ressources financières destinées à la rémunération des médecins, il est essentiel de l'adapter à l'évolution rapide de la pratique médicale engendrée notamment par l'évolution des technologies, des savoirs et de la collaboration interprofessionnelle. On observe toutefois qu'il n'y a pas de processus de révision structuré des tarifs pour s'assurer de leur cohérence avec le temps et l'effort exigés, et que les changements nécessaires à cet arrimage demandent beaucoup de temps. Voici deux exemples de la lenteur des changements.

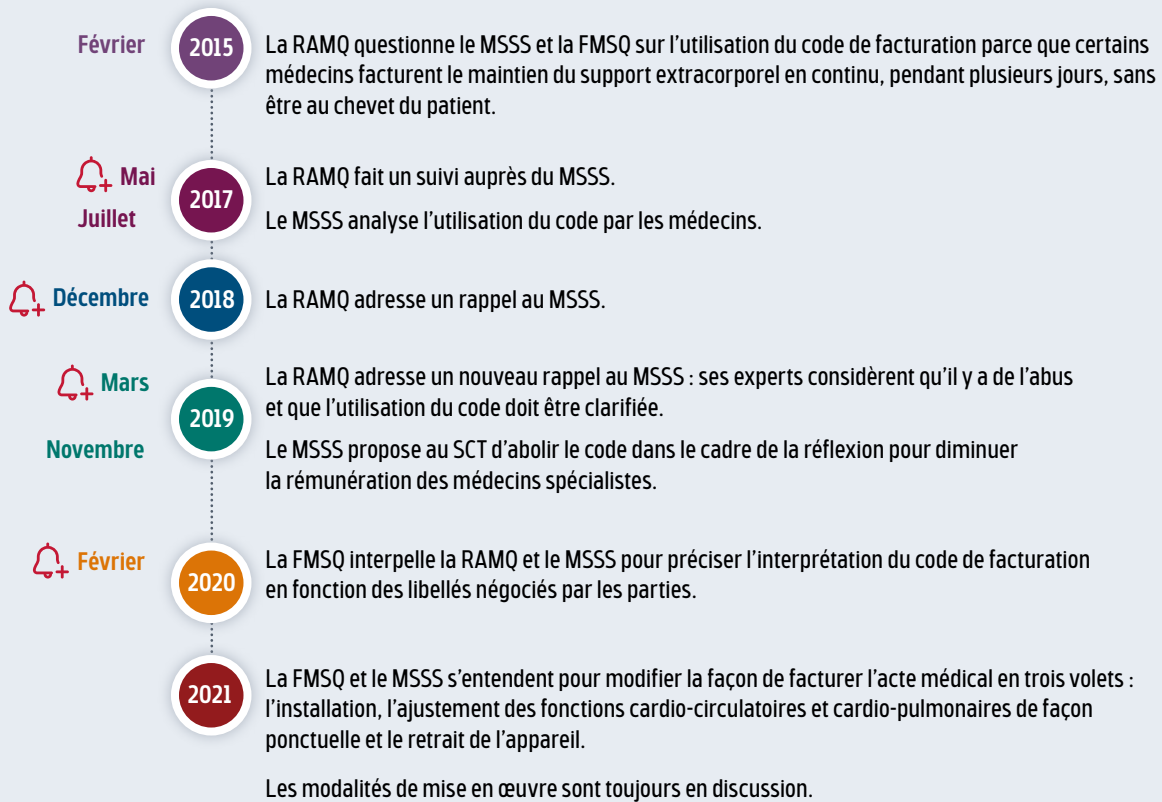
Plus de cinq ans de négociation pour la révision d'un code de facturation toujours en vigueur

Au cours des dernières années, la technologie de l'oxygénation extracorporelle par oxygénateur à membrane et la collaboration interprofessionnelle ont grandement évolué. Ainsi, une fois qu'un patient est mis sous soutien des fonctions cardio-circulatoires et cardio-pulmonaire, la présence du médecin spécialiste est remplacée progressivement par celles des perfusionnistes ou du personnel infirmier. Cette évolution des rôles fait en sorte qu'il est toujours pertinent de rémunérer le médecin pour le temps qu'il consacre aux ajustements nécessaires de l'appareil et au suivi à distance du patient, mais qu'il n'est plus pertinent de le rémunérer pour la prise en charge complète du patient.

Dès 2015, la RAMQ s'est interrogée sur la facturation des médecins au quart d'heure pour le maintien du support extracorporel, puisque certains médecins le facturaient de façon continue sans être au chevet des patients. La chronologie des événements montre le peu d'avancement depuis.

Oxygénation extracorporelle par oxygénateur à membrane

Il s'agit d'une technologie d'assistance cardiorespiratoire extracorporelle temporaire destinée exclusivement à la prise en charge de l'insuffisance respiratoire ou cardiaque grave, voire irréversible, et réfractaire à une thérapie conventionnelle.



Malgré les suivis effectués par la RAMQ et le fait que les parties s'entendent sur la nécessité de réviser ce code de facturation, aucun changement n'a été apporté depuis 2015. La dépense annuelle relative à ce code de facturation représente plus de 2,5 millions de dollars.

Plus de trois ans pour abolir les suppléments pour les vêtements de protection

Le supplément pour le port de vêtements de protection a fait l'objet d'une couverture médiatique importante dès janvier 2018. Il s'agit d'une rémunération qui était accordée aux médecins spécialistes qui devaient respecter l'obligation de porter des vêtements de protection pour visiter des patients contagieux. Or, bien que la FMSQ ait annoncé son intention de mettre fin à cette rémunération en mars 2018, l'abolition des codes de facturation pour l'ensemble des spécialités a finalement été complétée en mars 2021 seulement.

Une complexité qui rend l'information de gestion difficile d'accès

81 La multiplication des codes de facturation et son impact sur les systèmes de facturation de la RAMQ nuisent à la capacité de produire une information de gestion pertinente. On constate que la comparaison des données entre les années afin d'identifier des tendances nécessite de multiples ajustements (normalisation) qui s'expliquent par les changements fréquents dans les codes de facturation et les systèmes d'information. Par conséquent, le MSSS est même incapable de suivre des indicateurs de base comme le nombre de visites par médecin.

82 À titre d'illustration, une baisse de 23 % du nombre de visites par jour par médecin omnipraticien a été observée entre 2007 et 2020. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette diminution, notamment certains ajustements aux ententes qui influencent le nombre de visites enregistrées dans les systèmes de la RAMQ. Étant dans l'incapacité de compiler l'intégralité des visites, le MSSS n'est pas en mesure d'évaluer la diminution réelle du nombre de visites et d'en comprendre les causes afin d'en mesurer l'effet sur l'accessibilité des services.

RECOMMANDATIONS

83 Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Secrétariat du Conseil du trésor et de l'Institut de la pertinence des actes médicaux. Celles-ci sont présentées ci-dessous.

Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux et au Secrétariat du Conseil du trésor

- 1 Réaliser une analyse rigoureuse des dépenses de rémunération des médecins afin de déterminer les causes des écarts budgétaires, notamment en fonction de la prestation de services offerte, et appliquer des mesures correctives en cas de dépassement ou réaffecter les sommes non dépensées en temps opportun.
- 2 Réviser les modalités de rémunération, incluant les codes de facturation, en vue de faciliter leur application et de favoriser la production d'une information de gestion fiable en temps opportun.

Recommandation à l'Institut de la pertinence des actes médicaux

- 3 Réaliser un suivi rigoureux des économies identifiées afin de s'assurer qu'elles sont réelles et qu'elles perdurent dans le temps, ainsi que des réinvestissements convenus eu égard à l'amélioration de l'accessibilité aux services de médecine spécialisée.

COMMENTAIRES DES ENTITÉS AUDITÉES

Les entités auditées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits ci-après. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes nos recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accueille les recommandations émises par le Vérificateur général du Québec (VGQ). Il désire toutefois apporter les précisions suivantes.

« Tout d'abord, il importe de mentionner que le processus décisionnel du MSSS dans le cadre de la rémunération des médecins est fortement influencé par le contexte particulier de négociation entre le gouvernement et les fédérations médicales et finalement par les enjeux d'importance liés à ce dossier. Aussi, lors de la conclusion d'ententes de renouvellement ou de modifications à celles-ci, le MSSS doit tenir compte non seulement du contexte budgétaire du gouvernement, mais il doit toujours prendre en considération l'accessibilité de la population à des soins de santé de qualité, l'organisation efficace des services médicaux et le suivi de l'offre de service des médecins. Ces éléments sont indissociables les uns des autres et influencent de façon importante les orientations et décisions prises par le MSSS et le gouvernement.

« **Recommandation 1**

« Les coûts de la rémunération des médecins ont effectivement été inférieurs d'environ 1 G \$ à ce qui a été prévu aux enveloppes budgétaires négociées. Ainsi, tel que spécifié au paragraphe 26, cela signifie que les engagements financiers du MSSS envers les médecins se limitent, par exemple, à une augmentation tarifaire qui n'a pas été versée au moment prévu, à une mesure convenue qui n'est pas encore mise en application ou dont l'application demeure à convenir ou à une surestimation du budget prévu pour une augmentation tarifaire ou une mesure.

« À ce chapitre, le MSSS estime que les engagements financiers envers les deux fédérations médicales se situent actuellement autour de 100 M \$. Il importe de souligner qu'une part importante de ce solde de 100 M \$ (autour de 60 %) provient de la dernière année budgétaire, soit l'année 2019-2020, pour laquelle les données finales ont été rendues disponibles au MSSS et aux fédérations médicales à l'automne 2020. Selon cette estimation, les économies du gouvernement sont évaluées à près de 900 M \$ pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2020.

« De plus, bien que la hauteur de ces sommes n'ait pas encore été convenue conjointement par les parties, le MSSS fait des ajustements aux crédits budgétaires depuis 2019-2020 en fonction des coûts des services médicaux anticipés.

« Par conséquent, la différence d'un milliard entre les dépenses budgétées et les dépenses réelles signifie que le gouvernement a dégagé des économies significatives et que les engagements financiers envers les médecins sont beaucoup moins élevés que prévu.

« Recommandation 2

« Les ententes sont complexes du fait que le MSSS, par sa mission, doit s'assurer que la rémunération des médecins soit harmonisée avec l'organisation des services de santé souhaitée, qu'elle génère une rémunération en fonction des priorités ministérielles et une offre de service accrue de la part des médecins, et ce, en fonction des besoins de la population qui sont en constante évolution. Qui plus est, les modalités de rémunération doivent tenir compte de la réalité de la pratique très diversifiée des médecins qui exercent dans 60 spécialités différentes et dans différents secteurs ou lieux de pratique tels que les établissements, cabinets privés, centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc. Une rémunération qui n'est pas adaptée à la réalité de la pratique pourrait avoir des effets non souhaités sur l'accès à des services pour certaines clientèles.

« La préoccupation du MSSS face à la complexité des ententes et la disponibilité de l'information de gestion est majeure et il s'est engagé à poursuivre les efforts entrepris tout en tenant compte qu'il existe un équilibre fragile entre la complexité des ententes, le processus de négociations qui implique, rappelons-le, de s'entendre conjointement sur les modalités de rémunération (et les codes d'actes) et enfin sur les besoins d'informations de gestion du MSSS. À titre de collaborateur de premier plan, la RAMQ est impliquée depuis plusieurs années dans les discussions avec les fédérations médicales et elle supporte le MSSS dans l'application et le suivi des ententes négociées. »

Commentaires du Secrétariat du Conseil du trésor

« Le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) donnera suite aux recommandations du Vérificateur général du Québec (VGQ). Il désire toutefois apporter les précisions décrites ci-dessous.

« D'abord, il importe de prendre en compte que ces recommandations sont en lien avec la rémunération des médecins et qu'à cet effet, le processus décisionnel est influencé notamment par le contexte de la négociation entre le gouvernement et les fédérations médicales. Une négociation impliquant deux parties, elle ne permet pas d'imposer unilatéralement sa position à l'autre.

« Ensuite, le SCT tient à souligner, comme l'indique le VGQ, que les ententes signées en 2018 prévoient une clause qui vient limiter le report des sommes à certaines situations précises, permettant ainsi un meilleur suivi de l'enveloppe.

« De plus, suivant l'entente conclue en 2019 concernant la réduction de l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes, le gouvernement a l'assurance que l'entièreté des économies de 1,6 G \$ sera réalisée. En effet, le Conseil de règlement doit se poursuivre jusqu'à la pleine réalisation de cette somme. Rappelons que les décisions du Conseil de règlement sont exécutoires, définitives et lient les parties.

« Par ailleurs, nul ne saurait nier que la pandémie qui sévit actuellement est venue bouleverser les priorités de tous les acteurs impliqués dans la négociation. Le gouvernement doit donc composer avec cette nouvelle réalité dans laquelle il est difficile de pouvoir apprécier, pour le moment, tous les tenants et aboutissants.

« Enfin, le SCT souscrit aux commentaires du MSSS portant sur les recommandations conjointes. »

Commentaires de l'Institut de la pertinence des actes médicaux

« L'Institut a dû se mettre en place en pleine pandémie mondiale et nous soulignons notre déception que cette situation ayant malheureusement ralenti l'ensemble de la société québécoise n'ait pas été mentionnée dans les contraintes ayant freiné et retardé l'Institut dans sa capacité à pouvoir rencontrer ses objectifs récurrents. En effet, l'Institut a commencé ses activités en mars 2020 et l'estimation des économies relatives aux mesures identifiées représente 58 millions de dollars en 2022-2023 (24 % de l'objectif). Ce qui représente un bon début en si peu de temps. Un suivi de qualité sera de plus réalisé afin de s'assurer qu'elles se matérialisent.

« D'autre part, le protocole d'accord prévoit spécifiquement que si l'objectif financier d'une année ne peut être rencontré, il doit être reporté à l'année subséquente et qu'il reste minimalement en place tant que les mesures ne sont pas en place et que les projets de réinvestissement soient réalisés. »

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Objectif de l'audit et portée des travaux

Mesures d'économie prévues dans le protocole
d'accord de 2019 avec les médecins spécialistes

Croissance cumulée des dépenses par habitant
en santé et services sociaux

Faits saillants et recommandations adressées au ministère
de la Santé et des Services sociaux en 2015

Rôles et responsabilités des entités

Structure et fonctionnement de l'Institut
de la pertinence des actes médicaux

Objectif de l'audit et portée des travaux

Objectif de l'audit

Le présent rapport de mission d'audit indépendant fait partie du tome de juin 2021 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022*.

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission d'audit. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre conclusion et pour obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Objectif de l'audit	Critères d'évaluation
Évaluer la conception et la gestion des nouvelles ententes de rémunération des médecins 2015-2023, notamment en déterminant si les lacunes que nous avons relevées en 2015 persistent.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les décisions prises par le SCT et le MSSS 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 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.

Les travaux d'audit 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 canadiennes de missions de certification (NCCM) présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*, notamment la norme sur les missions d'appréciation directe (NCCM 3001).

De plus, le Vérificateur général applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1. Ainsi, il maintient un système de contrôle qualité qui comprend des politiques et des procédures documentées en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables. Au cours de ses travaux, le Vérificateur général s'est conformé aux règles sur l'indépendance et aux autres règles de déontologie prévues dans son code de déontologie.

Portée des travaux

Le présent rapport a été achevé le 7 mai 2021.

Il porte sur la conception et la gestion des nouvelles ententes de rémunération des médecins 2015-2023 par le SCT et le MSSS. Les constats formulés ne visaient 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. De plus, nos travaux excluent la refonte des systèmes informatiques de la RAMQ.

Pour mener à terme nos travaux, nous avons réalisé des entrevues auprès de gestionnaires et de professionnels du SCT et du MSSS, et nous avons eu des échanges avec les diverses parties impliquées (Institut de la pertinence des actes médicaux, RAMQ, FMOQ et FMSQ).

Nous avons analysé divers documents et exploité les données financières et opérationnelles consignées par le MSSS et la RAMQ relativement à la rémunération. Nous avons aussi analysé des mesures de rémunération spécifiques afin de cerner le cheminement des négociations.

Nos travaux se sont déroulés principalement d'octobre 2020 à mars 2021. Ils ont porté sur la période d'avril 2015 à mars 2020. Toutefois, des analyses ainsi que des lacunes peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période, notamment lorsqu'elles permettaient de déterminer les causes de situations observées.

Mesures d'économie prévues dans le protocole d'accord de 2019 avec les médecins spécialistes (en millions de dollars)

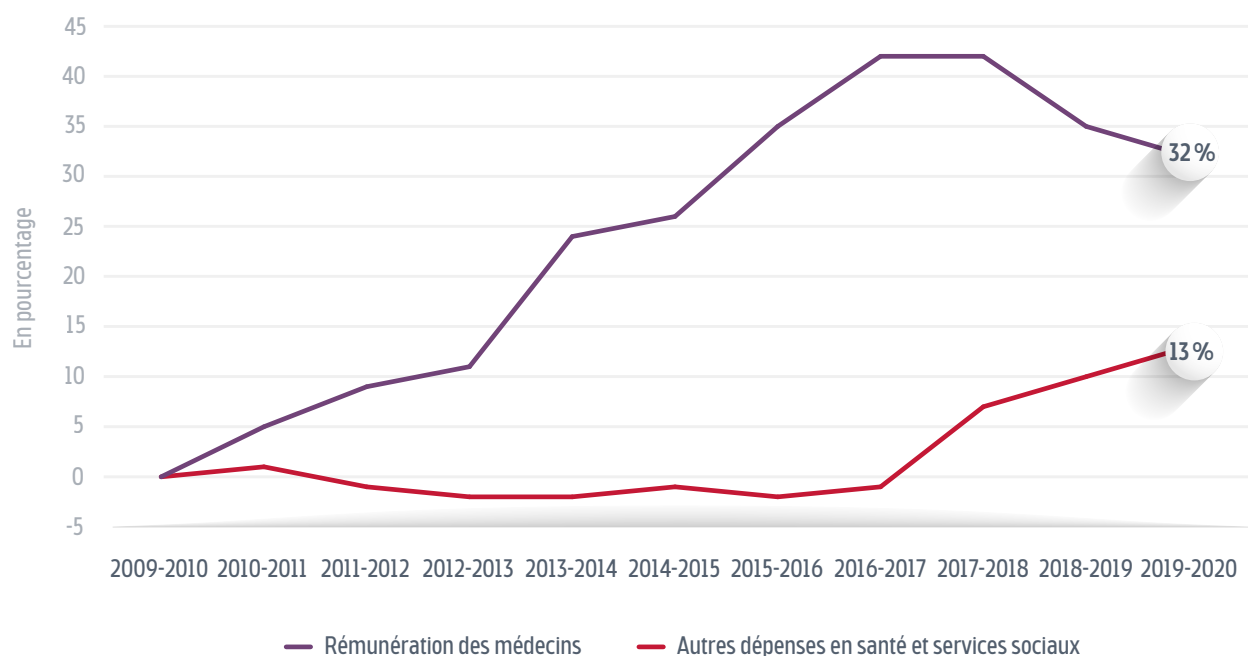
Provenance des économies	Effet récurrent	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	Total
Institut							
Mesures de pertinence des actes médicaux	X	-	-	70,0	140,0	240,0	450,0
Autres économies							
Retrait de mesures spécifiques	X	-	100,5	113,8	113,8	113,8	441,9
Diminution de l'évolution de la pratique médicale	X	-	47,8	96,9	149,5	206,4	500,6
Retrait de sommes disponibles dans le plan de financement		69,2	18,7	-	-	-	87,9
Sous-total		69,2	167,0	280,7	403,3	560,2	1 480,4
Mesures sans impact sur l'enveloppe budgétaire ¹		-	42,0	32,3	25,0	25,0	124,3
Total		69,2	209,0	313,0	428,3	585,2	1 604,7

1. Ces montants découlent principalement de l'assurance responsabilité professionnelle, qui est exclue de l'enveloppe budgétaire, bien qu'elle soit une composante liée à la rémunération des médecins assumée par le gouvernement.

Croissance cumulée des dépenses par habitant en santé et services sociaux

Depuis 2009-2010, le coût par habitant en dollars constants de la rémunération des médecins a augmenté de 32 %, alors que les coûts associés aux autres dépenses de programmes en santé et services sociaux ont crû de 13 % (figure 4). Conséquemment, la part du coût de la rémunération des médecins dans les dépenses de programmes en santé et services sociaux, qui se situait à 16 % en 2009-2010, a progressé jusqu'à 22 % en 2016-2017, pour ensuite diminuer à 18,5 % en 2019-2020.

FIGURE 4 Évolution du coût par habitant des dépenses en santé et services sociaux¹



1. L'évolution a été calculée en dollars constants, c'est-à-dire en éliminant l'effet de l'inflation.

Faits saillants et recommandations adressées au ministère de la Santé et des Services sociaux en 2015

Gestion des enveloppes budgétaires

- Faits saillants** 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.
- Recommandation 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.
- Recommandation 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.

Mesures incitant un changement de comportement

- Fait saillant** 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.
- Recommandation 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.

Objectifs pour évaluer l'efficacité des mesures incitatives

- Fait saillant** 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.
- Recommandation 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.

Prise en compte de la complexité des ententes de rémunération

Fait saillant	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.
Recommandation 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.

Rôles et responsabilités des entités

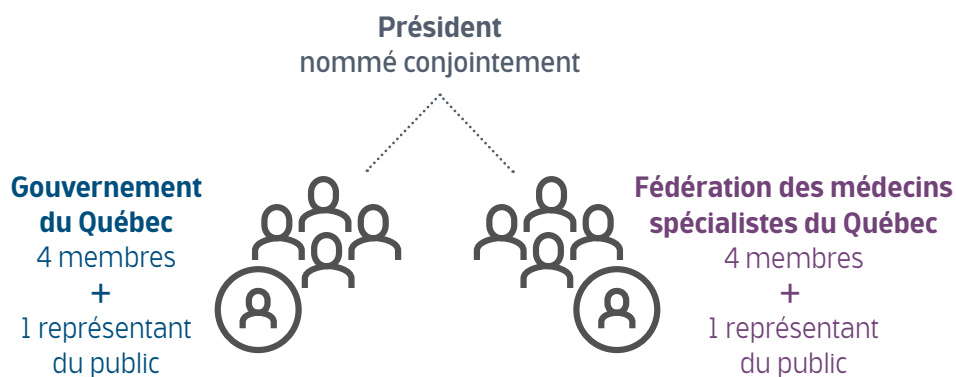
SCT	<p>Le SCT doit notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conclure des ententes concernant le renouvellement périodique de l'accord-cadre avec la FMSQ et de l'entente générale avec la FMOQ ; ■ conclure des ententes ayant un impact sur le niveau des enveloppes budgétaires prévues ou qui sont déterminées d'intérêt par le gouvernement ; ■ consulter le MSSS à l'égard de la négociation de ces ententes.
MSSS	<p>Le MSSS doit notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ; ■ assurer, avec les fédérations de médecins, la négociation permanente relative aux ententes prévues dans l'accord-cadre avec la FMSQ et l'entente générale avec la FMOQ ; ■ assurer tous les suivis concernant les indicateurs cliniques et administratifs pertinents découlant de l'accord-cadre et de l'entente générale ; ■ apprécier et évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux ; ■ collaborer avec la RAMQ et intervenir auprès d'elle, notamment pour l'application des ententes et le contrôle des modalités prévues aux ententes.
Institut de la pertinence des actes médicaux	<p>L'Institut doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ identifier et adopter des mesures de pertinence des actes médicaux visant à restreindre ou à éliminer des actes médicaux inappropriés, rendus à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales. Ces mesures doivent entraîner une diminution récurrente de 240 millions de dollars pour l'exercice 2022-2023 et de 450 millions pour la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2023 ; ■ déterminer la façon dont les économies résultant du protocole d'accord (incluant celles découlant des mesures de pertinence) devront être utilisées afin d'améliorer l'accessibilité des services en médecine spécialisée.
RAMQ	<p>La RAMQ a notamment pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime public d'assurance maladie. À ces fins, elle doit entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 conformité de la rémunération versée aux médecins avec les ententes négociées ; ■ 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 qu'elle verse.
FMOQ	<p>La FMOQ représente les médecins omnipraticiens du Québec regroupés en 19 associations. Elle 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 dans le but d'améliorer l'offre de soins et de services dans le réseau de la santé.</p>
FMSQ	<p>La FMSQ a pour objectif de défendre et de soutenir les médecins spécialistes de ses 35 associations médicales affiliées qui œuvrent dans le système public de santé, tout en favorisant des soins et des services de qualité pour la population québécoise.</p>

Structure et fonctionnement de l'Institut de la pertinence des actes médicaux

L'Institut de la pertinence des actes médicaux est constitué d'un comité de gouvernance composé de 11 membres, dont des représentants de la FMSQ et du gouvernement du Québec. En plus des 11 membres, le comité de gouvernance s'est adjoint d'un observateur de la FMOQ.

Pour réaliser son mandat, l'Institut s'est doté de sous-comités, soit d'un comité avisier, et d'un comité de direction. Le comité avisier analyse et fait des propositions au directeur général de l'Institut en regard des mesures de pertinence et des projets de réinvestissement, qui seront par la suite proposés au comité de gouvernance. La figure 5 présente la composition du comité de gouvernance.

FIGURE 5 Composition du comité de gouvernance de l'Institut¹



1. Le comité de gouvernance peut s'adjoindre des observateurs.

La durée de vie de l'Institut, d'un minimum prévu de trois ans, dépendra de la réalisation des économies de pertinence (240 millions de dollars en 2022-2023 et 450 millions de 2020-2021 à 2022-2023) et des réinvestissements (1,6 milliard de dollars) prévus dans le protocole d'accord signé avec la FMSQ en 2019.

Le mandat du conseil de règlement se poursuit jusqu'au moment où l'entièreté des économies prévues par le protocole d'accord est pleinement réalisée.