

La situation économique des médecins omnipraticiens du Québec de 2000 à 2010 – II

enveloppe budgétaire FMOQ 2004-2005 à 2009-2010

Marcel Rodrigue et Denis Blanchette

LE PRÉSENT ARTICLE fait suite à celui qui est paru dans *Le Médecin du Québec* de novembre 2006.

Présentation du portrait budgétaire

Sur le plan technique, les parties négociantes que sont la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se sont donné un cadre budgétaire pour présenter, dans un format logique et compréhensible, les principaux éléments de l'enveloppe budgétaire négociée afin d'en faire le suivi dans le temps par rapport aux données réelles de facturation de l'ensemble des médecins omnipraticiens (tableau I).

Le portrait budgétaire comporte plusieurs éléments

M. Marcel Rodrigue est directeur des Affaires économiques à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. M. Denis Blanchette y est économiste.

(figure). À l'enveloppe budgétaire initiale, qui constitue le point de départ, s'ajoutent les paramètres financiers généraux (politique salariale gouvernementale), une provision pour tenir compte de l'évolution de la pratique (ajout net d'effectifs médicaux et facteurs démographiques) ainsi que des évaluations financières de dossiers spécifiques hors paramètres (priorités du MSSS). La somme de ces éléments représente l'enveloppe budgétaire révisée.

Toutefois, certains éléments spécifiques hors enveloppe sur lesquels se sont entendues les parties négociantes et qui sont reconnus comme dépenses autorisées peuvent aussi s'y greffer.

Six mois après la fin de l'exercice financier se terminant le 31 mars, les dépenses autorisées seront comparées aux dépenses réelles (facturation totale de l'ensemble des omnipraticiens) afin de déterminer annuellement si les parties sont en situation de dépassement ou de non-atteinte de

Composition de l'enveloppe budgétaire

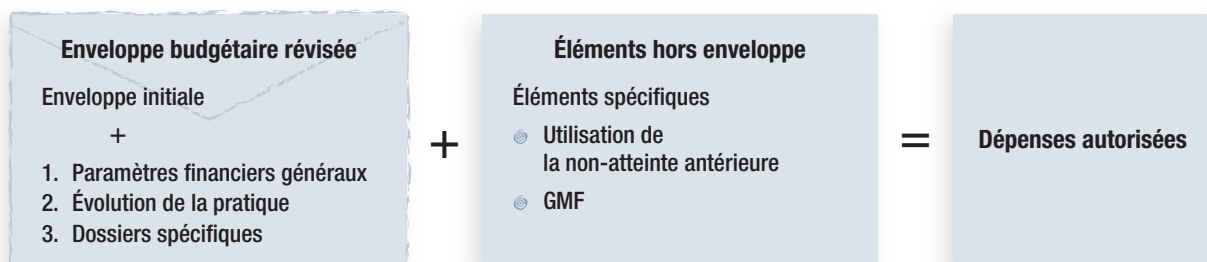


Tableau I**Portrait budgétaire – Enveloppe FMOQ**

(en millions de dollars)	2003-2004 Négociée	2003-2004 Récursive
1) Enveloppe budgétaire initiale	1116,7	1116,7
⊙ Paramètres financiers généraux		
Forfait de 0,5 % du 1 ^{er} avril 2003 au 30 juin 2003	5,6	
Paramètre de 2 % au 1 ^{er} avril 2003	22,3	22,3
Avance sur paramètre de 1 %	Janvier 2004	3,0
		12,0
⊙ Évolution de la pratique		
1,5 % au 1 ^{er} avril 2003	16,8	16,8
⊙ Dossiers spécifiques hors paramètres		
Salles d'urgence	25,1	25,1
Abolition du décret punitif	Juin 2003	3,8
		4,5
Entente sur les clientèles vulnérables	12,0	12,0
Parrainage dans les urgences	2,0	2,0
Déplafonnement des malades hospitalisés	0,8	0,8
Rémunération majorée dans les régions	Octobre 2003	7,3
		14,7
Équité avec la FMSQ	Avril 2003	23,5
		23,5
Enveloppe budgétaire révisée (A)	1238,9	1250,4
2) Ajustements hors paramètres		
Utilisation de la non-atteinte pour financement	0,7	
Ajustement de l'enveloppe pour les GMF – Lettre d'entente 167	4,2	10,5
3) Dépenses autorisées (B)	1243,8	1260,9
4) Dépenses réelles		
Données budgétaires réelles et finales	1233,1	1254,5
Masse dégagée par les urgentologues certifiés	(14,3)	(15,1)
Dépenses réelles ou projetées (C)	1218,7	1239,4
Non-atteinte (dépassement) (B – C = D)	25,1	21,5

l'enveloppe budgétaire révisée. C'est seulement à partir de ce moment que les parties devraient procéder aux rajustements nécessaires, tel que le stipule l'annexe IX de l'Entente générale portant sur les conditions d'application des tarifs.

Voilà donc le cheminement technique généralement suivi par la FMOQ et le MSSS lors de la négociation des conditions d'exercice et de rémunération

des médecins omnipraticiens. Une fois ce cadre simplifié, examinons les détails du dernier accord-cadre fixant les conditions de travail dans le cadre du régime public d'assurance maladie du Québec jusqu'en 2009-2010¹.

Portrait budgétaire de la nouvelle entente

L'entente liant la FMOQ et le MSSS a pris fin le

31 mars 2004. À la suite de longues et difficiles négociations, une nouvelle entente a été paraphée par la FMOQ le 20 juillet 2006.

Par rapport à l'offre initiale, la nouvelle entente prévoit, sur une base récurrente, une augmentation de l'enveloppe budgétaire de 244 M\$, soit une hausse globale de 19,5 %. Cette enveloppe passera donc de 1250,4 M\$ (base récurrente)² en 2003-2004 à 1494,4 M\$ en 2009-2010. Examinons maintenant chacune de ses composantes.

Les paramètres financiers généraux

Dans le cadre de toute négociation portant sur la rémunération, l'application de paramètres financiers généraux fait en sorte que pour une même prestation de services, le revenu initial doit normalement être majoré pour tenir compte de facteurs externes tels que l'augmentation de l'indice des prix à la consommation (IPC) de façon à accroître ou à maintenir le pouvoir d'achat des personnes pour qui les parties négocient.

Dans l'entente couvrant la période 2004-2005 à 2009-2010, la partie gouvernementale a décidé d'imposer un gel de la rémunération pour les deux premières années. Pour les quatre suivantes, soit de 2006-2007 à 2009-2010, l'offre gouvernementale prévoit une augmentation annuelle de 2 %, comme elle l'a fait pour l'ensemble des fonctionnaires, en accord avec la politique salariale de l'État.

Avant de renouveler l'entente, la FMOQ voulait d'abord régler la question du redressement financier découlant des conclusions du Comité conjoint

sur la comparaison interprovinciale de la rémunération, conformément à la Lettre d'entente 138 qui prévoyait, après agrément entre les parties, un redressement s'appliquant sur une période de quatre ans et commençant en avril 2004³. À défaut d'entente entre les parties sur le plan du redressement nécessaire, le recours à un médiateur pouvait alors être demandé par une des parties.

Au départ, la FMOQ souhaitait que le redressement de la rémunération se fasse dans le cadre du renouvellement de l'entente de sorte que les nouveaux paramètres financiers négociés avec le MSSS s'appliquent logiquement sur une rémunération déjà majorée. Autrement, le redressement n'avait plus de sens.

Devant la position du gouvernement de remettre à 2008 tout redressement de la rémunération, il devint rapidement évident que la FMOQ devait modifier sa stratégie de négociation et s'attaquer d'abord au renouvellement de l'entente.

Il va de soi que le gel des paramètres financiers généraux prévu pour 2004-2005 et 2005-2006 équivalait à un recul théorique du pouvoir d'achat des omnipraticiens. Par ailleurs, en ce qui concerne les quatre dernières années de cette entente de six ans, l'offre gouvernementale comportait une augmentation annuelle de 2 %, soit une hausse à peine suffisante pour contrer l'inflation prévue pour cette période par Le Conference Board du Canada.

Dans les faits, les paramètres financiers de l'enveloppe budgétaire des omnipraticiens du Québec ne donnent aucune augmentation pour les années 2004-2005 et 2005-2006, mais occasionnent une somme récurrente totale de 108,5 M\$ au terme de la dernière année de l'entente. Par ailleurs, ces paramètres représentent une dépense courante cumulative de 265,8 M\$ sur toute la durée de l'entente (*tableau II*).

3. Rappelons que l'écart reposant sur le revenu et calculé par la FMOQ est de 35,4 % tandis que la partie gouvernementale est plutôt arrivée à un pourcentage de 10,3 %.

1. Il est important de noter que les négociations entre le MSSS et la FMOQ concernent les conditions d'exercice et de rémunération s'appliquant à la pratique du médecin omnipraticien qui exerce dans le cadre du régime public d'assurance maladie du Québec.

2. En fait, l'enveloppe négociée pour 2003-2004 était de 1238,9 M\$, mais l'annualisation de mesures négociées dans le cadre du prolongement d'un an de l'Entente générale a fait en sorte que l'enveloppe récurrente pour cette même année est de 1250,4 M\$ (*tableau I*).

Par rapport à l'offre initiale, la nouvelle entente prévoit une augmentation globale de l'enveloppe budgétaire de 19,5 % sur six ans ou de 3,25 % par année en moyenne.

Repère

Tableau II**Évolution de l'enveloppe budgétaire de 2003-2004 à 2009-2010**

Règlement : paramètres financiers généraux de 8 %, évolution de la pratique à 1 % et ajout de services pour 54,5 M\$

(en millions de dollars)	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Enveloppe 2003-2004 récurrente (excluant l'ajustement pour les GMF)	1250,4	1250,4	
Enveloppe budgétaire		1250,4	1262,9
1. Paramètres financiers généraux (8 % sur 4 ans)			
2. Ajout de services (54,5 M \$ sur 4 ans) (à titre indicatif)			
Sous-total			
Enveloppe avant l'évolution de la pratique		1250,4	1262,9
3. Évolution de la pratique (6 % sur 6 ans)		12,5	12,6
Enveloppe budgétaire finale négociée		1262,9	1275,5
Somme additionnelle		12,5	12,6
4. Ajustement GMF (Groupe de médecine de famille)			
⊗ Entente particulière GMF (hors enveloppe)	4,2	10,5	13,9
⊗ Ressources additionnelles (hors enveloppe, Annexe III)	7,9	19,8	26,3

L'évolution de la pratique

L'entente entre la FMOQ et le MSSS contient une provision pécuniaire annuelle pour tenir compte de l'ajout net d'effectifs médicaux en omnipratique ainsi que de l'augmentation et du vieillissement de la population du Québec. Ce volet de l'entente est pleinement justifié, puisque les médecins en place n'ont pas à assumer la rémunération des nouveaux médecins (dont le nombre a été décidé par décret gouvernemental) ni les coûts associés à une augmentation de la demande de services médicaux dans la population. Ce sont là des choix de société dont la responsabilité financière repose sur l'ensemble de la société.

Même si la partie gouvernementale ne prévoyait pas, dans son offre initiale, reconduire la clause sur le financement de l'évolution de la pratique (« coûts de système » pour les salariés du réseau de la santé), elle a dû se rendre aux arguments de la FMOQ. Pour les années 2004-2005 à 2009-2010, les parties ont donc convenu qu'une somme équivalant à 1 % de

l'enveloppe budgétaire annuelle sera consacrée à cette fin⁴, ce qui représente une augmentation totale récurrente de 81 M\$ ou de 275,1 M\$ pour les dépenses courantes cumulatives (voir les deux dernières colonnes du *tableau II*).

Les dossiers spécifiques hors paramètres

Lorsque la partie gouvernementale veut accroître l'accessibilité aux soins de première ligne en modifiant la charge de travail des omnipraticiens, elle doit injecter de nouveaux crédits à cette fin. À titre d'exemple, des sommes additionnelles ont servi, par le passé, à inciter les médecins à être plus présents dans les salles d'urgence, à encourager une prise en charge et un suivi plus soutenu des patients vulnérables en cabinet et en CLSC/UMF ou à favoriser la mise en place des cliniques-réseau.

4. Toutes choses étant égales, si l'évolution de la pratique nécessitait, en cours d'entente, un montant supérieur à 1 % de l'enveloppe, un dépassement budgétaire s'ensuivrait et une correction devrait logiquement en résulter pour en tenir compte.

2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Sommes récurrentes	Sommes cumulatives
1275,5	1328,2	1381,9	1437,3		
25,5	26,6	27,6	28,7	108,5	265,8
14,0	13,5	13,5	13,5	54,5	137,0
39,5	40,1	41,1	42,2	163,0	402,8
1315,0	1368,3	1423,1	1479,6		
13,2	13,7	14,2	14,8	81,0	275,1
1328,2	1381,9	1437,3	1494,4		
52,7	53,7	55,4	57,0	244,0	677,8
nd	nd	nd	nd		28,6
nd	nd	nd	nd		54,0
					82,6

Pour l'entente couvrant les années 2004-2005 à 2009-2010, le MSSS a consenti des crédits supplémentaires totalisant 54,5 M\$, échelonnés de 2006-2007 à 2009-2010. Presque les deux tiers de cette somme, soit 35,1 M\$, serviront à accroître l'efficacité du programme sur la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables. En plus du supplément de 9 \$ par visite, un forfait annuel moyen de 50 \$ tenant compte des charges effectives liées à ce genre de pratique a été négocié, en plus de l'élargissement du nombre d'affections couvertes par ce programme. Ces mesures devraient augmenter sensiblement le nombre de patients vulnérables. Pour les CLSC et les UMF, les parties ont convenu d'une somme de 6,75 \$ par visite et d'un forfait annuel moyen de 38 \$.

Ces nouveaux crédits permettent également de rémunérer les discussions de cas en cabinet (6 M\$), d'abroger le plafond trimestriel de l'ensemble des activités pour les médecins ayant inscrit au moins 200 patients vulnérables (4,0 M\$), de financer en partie les cliniques-réseau (5,7 M\$)⁵ et de bonifier le plateau de chirurgie, de la pratique en obstétrique, etc.

Il est très important de souligner que ces mesures entreront toutes en vigueur dès le 1^{er} janvier 2007. Les sommes prévues pour favoriser l'accessibilité aux soins (54,5 M\$) viennent donc s'ajouter aux paramètres financiers généraux et à la provision

5. Certains coûts d'exploitation, comme les frais liés à l'informatique, sont considérés hors enveloppe et sont donc en sus de la somme de 5,7 M\$.

Il est important de souligner que les nouveaux services proposés entreront en vigueur dès le 1^{er} janvier 2007.

Repère

relative à l'évolution de la pratique pour former l'enveloppe budgétaire révisée⁶.

Les éléments spécifiques hors enveloppe

L'offre initiale du gouvernement était inférieure à l'entente finale convenue par les parties en juin dernier, principalement en raison des propositions de la FMOQ reflétant la priorité du Conseil général de valoriser la pratique en cabinet.

La position gouvernementale initiale concernant la pratique en cabinet était la suivante : si la FMOQ voulait « bénéficier » du montant de 54,5 M\$ pour les nouveaux services liés à l'accessibilité aux soins, elle devait accepter que la totalité de l'augmentation de 8 % prévue pour la pratique en cabinet aille uniquement au financement d'un forfait annuel par patient vulnérable, qui atteindrait 50 \$ seulement le 1^{er} avril 2009. La FMOQ a réussi à obtenir ce forfait annuel au plein tarif dès le 1^{er} janvier 2007. De plus, elle a également négocié une majoration annuelle de 2 % de la tarification des examens et consultations en cabinet, en plus des thérapies de soutien, ainsi que de 4 % du tarif des autres actes facturés en cabinet.

La FMOQ a également obtenu pour le tarif horaire et les honoraires fixes, en plus de l'augmentation annuelle de 2 %, des assouplissements pour certaines mesures en établissement (nouvelles modalités de rémunération pour les patients vulnérables en CLSC et en UMF, par exemple).

Tous ces nouveaux éléments devaient être pris en considération dans le portrait budgétaire. Comme les nouvelles mesures proposées par la FMOQ exigeaient de nouveaux crédits, il a fallu avoir recours aux sommes inutilisées (non-atteinte) dans l'enveloppe budgétaire des exercices financiers antérieurs.

Spécifions que l'offre gouvernementale initiale prévoyait une dépense récurrente de 163 M\$, ce qui se traduisait par une dépense courante cumulative de 402,8 M\$. Devant le rejet catégorique de cette première proposition gouvernementale par la FMOQ, la négociation s'est poursuivie jusqu'à ce que le MSSS consente de nouveaux crédits grâce au

renouvellement de la clause touchant l'évolution de la pratique. Il a donc été entendu que, pour les trois premières années, les sommes prévues pour l'évolution de la pratique qui n'avaient pas été dépensées seraient réinvesties dans l'enveloppe budgétaire. Pour les trois dernières années, un taux annuel de 1 % a été négocié, avec des arrangements spécifiques dans l'éventualité d'une non-atteinte.

Cette reconnaissance de l'évolution de la pratique a été évaluée à 81 M\$ sur une base récurrente, ce qui a permis une dépense cumulative additionnelle de 275 M\$ (*tableau II*).

La non-atteinte de l'enveloppe budgétaire comme moyen de financement

Le montant d'une non-atteinte équivaut, en fait, à la différence entre les dépenses totales autorisées pour une année donnée et les dépenses réelles remboursées par la RAMQ, selon les observations faites six mois après la fin de l'exercice budgétaire. Cette non-atteinte peut être attribuable autant à des tarifs sous-évalués qu'à des circonstances particulières ou à une diminution du revenu moyen attribuable, entre autres, à la féminisation accentuée des effectifs, etc. L'entente se terminant le 31 mars 2004 prévoyait donc un remboursement de la non-atteinte, que ce soit par l'entremise d'une remise directe aux médecins concernés (somme forfaitaire) ou par une actualisation des tarifs, suivant des modalités à convenir entre les parties.

En février 2005, les omnipraticiens ont obtenu une remise globale des non-atteintes observées pour les années 2002-2003 et 2003-2004 totalisant 38,6 M\$. Et pour s'assurer que l'enveloppe budgétaire prévue soit utilisée au complet dans les années subséquentes, les parties ont procédé également à une actualisation des tarifs d'une valeur de 22,5 M\$.

Pour l'année 2004-2005, les parties ont estimé le volet non récurrent de la non-atteinte à 21,5 M\$ et la somme récurrente à 12,5 M\$. Pour l'année 2005-2006, la valeur de la non-atteinte récurrente a été estimée à 8 M\$. Globalement, les sommes pour ces années, réinvesties dans la nouvelle entente, ont procuré aux parties négociantes une marge de manœuvre financière totale de 54,5 M\$. Une somme de 34 M\$ devenait ainsi disponible en 2004-2005 et

6. À titre indicatif, ces nouveaux crédits, sur une base courante, ajoutent 137 M\$ aux dépenses globales.

une autre de 20,5 M\$, en 2005-2006. Elles ont permis de financer soit le devancement de la date d'entrée en vigueur de certaines mesures, soit de nouvelles mesures préconisées par la FMOQ ou les deux. Ces éléments ont donc été incorporés au portrait budgétaire de la nouvelle entente.

Le programme hors enveloppe : les GMF

Les groupes de médecine de famille ont vu le jour comme nouveau mode d'organisation des médecins omnipraticiens du Québec en 2002. L'entente particulière concernant l'aspect financier de ce programme comportait deux volets : la bonification de la rémunération des médecins pour les inciter à adhérer à ce nouveau cadre d'organisation et une compensation financière indirecte pour prendre en considération les ressources additionnelles nécessaires à leur fonctionnement (infirmières, professionnels administratifs, compensation pour une partie du loyer, etc.).

Même si ce programme a pris une expansion rapide depuis son lancement, son coût d'exploitation (bonification et ressources additionnelles) est toujours exclu de l'enveloppe budgétaire des médecins omnipraticiens⁷.

En 2005-2006, le coût total est évalué à approximativement 40 M\$, dont 14 M\$ en bonification pour les médecins et 26 M\$ pour les ressources additionnelles. La FMOQ estime que ce programme continuera à croître au rythme d'environ 25 nouvelles accréditations par année au cours de la durée de l'entente qui se terminera en 2009-2010. Le budget qui lui est attribué sera donc augmenté en conséquence (*tableau II*).

Aux fins du portrait budgétaire, comme la bonification que reçoivent les médecins est comptabilisée dans leur rémunération, elle doit être ajoutée afin de refléter fidèlement les dépenses autorisées.

Dans la logique du portrait budgétaire global, la prise en compte de ces deux rajustements amène les

parties à estimer la valeur financière des dépenses autorisées, qui sera éventuellement comparée à la facturation totale des médecins omnipraticiens (dépenses réelles). C'est donc à cette étape que les parties procèdent à la conciliation annuelle des données pour voir s'il y a équilibre, non-atteinte ou dépassement de l'enveloppe budgétaire négociée.

Comparaison des enveloppes budgétaires des médecins omnipraticiens et spécialistes, de 2004-2005 à 2009-2010

La négociation du volet pécuniaire d'une nouvelle entente est un processus assez complexe qui met en cause deux parties aussi déterminées l'une que l'autre qui cherchent inlassablement à en venir à un consensus sur les principaux enjeux, autant financiers que normatifs, reposant sur les réalités et les aspirations de leurs instances politiques respectives.

La plupart du temps, les parties en arrivent à un consensus acceptable, même si elles ne se sont pas entendues sur tous les points. Toutefois, lorsqu'un consensus est impossible, un climat de contestation s'installe et peut se manifester de différentes façons.

Qu'en est-il des médecins du Québec dans le cadre du renouvellement de leur entente ayant pris fin le 31 mars 2004 ? C'est ce que nous examinerons ici, en comparant la situation des omnipraticiens et des spécialistes à partir des documents publics.

L'accord-cadre des médecins omnipraticiens

Comme nous l'avons déjà mentionné, la stratégie de la FMOQ était d'aborder, dans un premier temps, la question de la Lettre d'entente 138 portant sur le redressement de la rémunération des omnipraticiens du Québec par rapport à celle de leurs collègues des autres provinces avant de procéder au renouvellement de l'Entente générale. Autrement, le redressement ne serait que partiel.

La partie gouvernementale a refusé cette démarche et a décidé de surseoir à l'application de la Lettre d'entente 138 jusqu'en 2008 en prétextant la précarité des finances publiques. Devant cette fin de non-recevoir de la part du gouvernement et l'engagement

7. Malgré cette particularité, les modalités de bonification de la rémunération des médecins omnipraticiens visés ont également bénéficié d'une augmentation annuelle de 2 % de 2006-2007 à 2009-2010.

Quelque 83 M\$ ont été consacrés aux GMF depuis leur création.

Repère

du ministre de la Santé à entamer à court terme une séance de médiation sur le sujet, la FMOQ a décidé malgré tout de poursuivre les négociations afin de ne pas retarder indûment le renouvellement de l'entente échue depuis déjà deux ans.

Après plusieurs mois de négociations, un projet de règlement concernant le renouvellement de l'entente a été présenté aux membres de la FMOQ qui l'ont accepté dans une proportion de 75 %. Ce projet a ensuite été entériné au cours d'une réunion spéciale du Conseil de la FMOQ à la mi-juin 2006.

En résumé, pour la FMOQ, la nouvelle entente fera passer l'enveloppe budgétaire (récurrente) de 1250,4 M\$ en 2003-2004 à 1494,4 M\$ en 2009-2010, soit une augmentation de 244 M\$ ou 19,5 % (*tableau III*). Se retrouve dans cette augmentation globale la partie relevant de la majoration des paramètres financiers généraux de 108,5 M\$ (+8,7 % sur une base composée, en tenant compte des majorations liées à l'évolution de la pratique et à l'ajout des nouveaux services médicaux), celle de l'ajout de services de 54,5 M\$ (+4,3 %) et celle de 81 M\$ pour l'évolution de la pratique (+6,5 %). Par contre, les dépenses courantes additionnelles et cumulatives sont évaluées à quelque 678 M\$ pour la durée de l'entente (voir Total récurrent, *tableau II*).

*La Loi 37 et les médecins spécialistes**

Il n'est pas question ici de faire une analyse exhaustive de ce que la Loi 37 a imposé en juin 2006 aux médecins spécialistes du Québec. Nous voulons plutôt résumer, à partir de documents publics, les aspects financiers de cette loi. Une analyse comparative sommaire avec la situation des omnipraticiens suivra.

Les éléments financiers de la Loi 37

Dans la Loi 37, le législateur a appliqué aux médecins spécialistes les paramètres financiers généraux dictés par la politique salariale gouvernementale, soit un gel pour les années 2004-2005 et 2005-2006

et une augmentation annuelle de 2 % de 2006-2007 à 2009-2010.

Le gouvernement a également prévu une somme globale de 119,5 M\$, échelonnée de 2006-2007 à 2009-2010, pour de nouveaux services afin d'accroître l'accessibilité aux services médicaux spécialisés. Selon les propos du ministre Couillard à l'Assemblée nationale lors des discussions ayant mené à l'adoption de la Loi 37, les sommes prévues dans la Loi représentent une réduction de 50 M\$ par rapport à l'offre initiale faite aux spécialistes. Le manque à gagner demeurera toutefois dans le cadre financier du Ministère, car il sera redirigé vers l'amélioration et le prolongement des heures d'ouverture des blocs opératoires, surtout pour la rémunération des heures supplémentaires du personnel salarié de soutien⁸. En fait, les 50 M\$ seront soustraits de l'enveloppe hypothétique initiale des spécialistes et tomberont sous la gouverne directe du Ministère. Ainsi, selon le MSSS, cette somme ne servira pas à augmenter directement la rémunération de l'ensemble des spécialistes, mais plutôt à favoriser directement l'exécution de nouveaux services médicaux, dont les chirurgiens et les anesthésistes seraient les plus grands bénéficiaires parmi les spécialistes.

La somme de 119,5 M\$ prévue dans la Loi servira à financer notamment la garde en disponibilité dans les régions éloignées (surtout pour les spécialités de base comme la chirurgie, la psychiatrie et l'anesthésie), les plans de pratique pour rémunérer les activités dans les CHU, ainsi que la participation des spécialistes aux RUIS et aux tables ré-

* Au moment de mettre sous presse, le MSSS avait fait une nouvelle offre à la FMSQ pour atténuer la rigueur de la Loi 37 et offrir une avance pour le redressement de la rémunération, laquelle s'appliquerait également à la FMOQ. Le présent texte ne concerne que les modalités de la Loi 37.

8. Selon les propos tenus par le ministre Couillard au cours des délibérations à l'Assemblée nationale, une somme de 40 M\$ serait allouée au fonctionnement hospitalier (blocs opératoires) et une autre de 10 M\$ aux actes médicaux.

Pour les dépenses courantes cumulatives, l'augmentation de 244 M\$ de l'enveloppe budgétaire équivaut, dans les faits, à 678 M\$.

Repère

Tableau III**Paramètres budgétaires de 2004-2005 à 2009-2010***Comparaison FMOQ/FMSQ*

Paramètres (1)	FMOQ (2)	FMSQ (3)	ÉCARTS en %
1. Paramètres financiers généraux sur 4 ans	8,0 %	8,0 %	—
2. Mesures d'accessibilité accrues sur 4 ans	4,4 %	6,4 %	2,0 %
3. Évolution de la pratique sur 6 ans	6,0 %	9,0 %	3,0 %
En fonction des masses composées :	19,5 %	25,2 %	5,7 %

(1) : Selon les informations et les documents disponibles.

(2) : Référence, selon l'accord-cadre signé en juillet 2006.

(3) : Référence, selon les débats à l'Assemblée nationale de juin 2006 et la Loi 37.

gionales des chefs de département de médecine spécialisée. Cet argent couvrira également le coût additionnel qu'occasionnera la révision des modalités du calcul de la rémunération majorée en région, à prendre en compte la quote-part du gouvernement à la prime d'assurance responsabilité des spécialistes, etc.

La Loi 37 prévoit également une provision de 1,5 % par année, de 2004-2005 à 2009-2010, pour la rémunération des nouveaux spécialistes ainsi que pour l'accroissement et le vieillissement de la population, donc pour l'évolution de la pratique. Dans l'offre initiale à la FMSQ, le MSSS avait cru bon prévoir une somme équivalant à 2 % de l'enveloppe budgétaire annuelle en raison de l'accroissement des effectifs et des permis restrictifs émis par le Collège des médecins, de manière à éviter un dépassement chronique de l'enveloppe budgétaire. La Loi 37 a ramené ce pourcentage à 1,5 % par année, la somme totale sur six ans passant de 252,7 M\$ à 184,1 M\$, soit une diminution totale de 68,6 M\$⁹.

En résumé, la Loi 37 a fait passer l'enveloppe budgétaire des médecins spécialistes de 1859,5 M\$ (sur une base récurrente) en 2003-2004 à 2328 M\$ en 2009-2010, une augmentation globale de 468,5 M\$ ou de 25,2 %.

9. Cette modification a également eu pour effet de diminuer les crédits alloués aux paramètres financiers qui s'appliquent depuis la Loi 37, sur une masse pécuniaire diminuée de 68,6 M\$ sur six ans. L'effet de cette modification est estimé à 5,9 M\$ (de 170,8 M\$ dans l'offre initiale à 164,9 M\$ dans la Loi 37).

La comparaison des enveloppes budgétaires des omnipraticiens et des spécialistes

Selon l'entente prenant fin le 31 mars 2010, l'enveloppe budgétaire des omnipraticiens augmente de 244,0 M\$ ou 19,5 %, tandis que celle des spécialistes s'accroît de 468,5 M\$ ou 25,2 %. En considérant l'écart de 5,7 % favorable aux médecins spécialistes, il est légitime de se demander s'il y a l'équité. Un examen de chacune des composantes du portrait budgétaire des omnipraticiens et des spécialistes devrait apporter l'éclairage nécessaire pour expliquer cet écart (tableau III).

L'évolution de la pratique

Il est important de commencer par l'évolution de la pratique, car cette variable est totalement indépendante des deux autres. Les gains obtenus par la FMOQ à ce sujet équivalent à 1 % par année ou à 6,5 % sur une base composée pour six ans, tandis que la Loi 37 accorde 1,5 % par année ou 9,9 % sur six ans aux spécialistes, soit un écart de 3,4 %.

Comme la population augmente et vieillit au même rythme pour les omnipraticiens et les spécialistes, cet écart s'explique donc par les effectifs médicaux. Selon les données sur les effectifs médicaux, le nombre de médecins spécialistes augmente plus rapidement que celui des omnipraticiens en raison, entre autres, du nombre d'admissions plus élevé en spécialités dans les facultés de médecine, des médecins professeurs invités, des permis restrictifs émis par le CMQ, etc.

Comme cette provision sert surtout à rémunérer

les nouveaux médecins, un coup d'œil aux statistiques annuelles de la RAMQ est assez révélateur. En effet, on y constate qu'entre 2000 et 2005 inclusivement, le nombre total de médecins omnipraticiens ayant facturé des honoraires a augmenté de 467 (+6,5%) alors que celui des médecins spécialistes a fait un bond de 702 (+9,7%) durant la même période.

Comme cet élément n'a théoriquement aucun effet sur la rémunération des médecins en place, il doit donc être exclu du cadre d'analyse comparative. En d'autres termes, cet argument représente 3,4% de l'écart de 5,7% déjà noté.

Les nouveaux services

Les provisions de 54,5 M\$ pour les omnipraticiens et de 119,5 M\$ pour les spécialistes mises de l'avant pour accroître l'accessibilité aux services médicaux contribueront à augmenter la rémunération des omnipraticiens et spécialistes seulement lorsque les services proposés auront été mis en place et facturés par lesdits médecins. Il ne s'agit donc pas d'une clause « automatique » comme c'est le cas des paramètres financiers généraux.

Ces nouveaux services équivalent, une fois entièrement facturés, à 4,4% de l'enveloppe budgétaire récurrente de 2003-2004 des omnipraticiens et à 6,4% de celle des spécialistes, pour un écart de 2% entre les deux groupes.

Même si ces nouveaux services médicaux proposés aux médecins ont préalablement fait l'objet de longues discussions entre les parties, ils reflètent avant tout les orientations gouvernementales.

Rappelons que la priorité accordée par le Conseil général de la FMOQ à la valorisation de la pratique en cabinet a été reconnue. En effet, une somme de 35,1 M\$ sur un budget de 54,5 M\$ pour les nouveaux services a tout de même été attribuée au financement de l'amélioration du programme de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables. Pour les

spécialistes, sans que nous puissions être aussi spécifiques, la partie gouvernementale semble avoir porté une attention toute particulière à la garde en disponibilité et aux plans de pratique dans les CHU. Quant à ces derniers, ils relèvent principalement des activités des spécialistes œuvrant dans les CHU, même s'ils touchent aussi quelques omnipraticiens.

Ainsi, parce que les plans de pratique concernent presque exclusivement les médecins spécialistes, il faudrait se demander de combien devraient être réduits les crédits de 119 M\$ pour les nouveaux services s'il fallait en faire abstraction. Si, par exemple, les plans de pratique comptaient pour 40 M\$, le pourcentage de 6,4% (119 M\$/1859,5 M\$) devrait être ramené à 4,3% (79 M\$/1859,5 M\$), soit le même pourcentage que pour les omnipraticiens.

Toutes les mesures liées aux « nouveaux » services médicaux pour les omnipraticiens entreront en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2007¹⁰, ce qui ne semble pas être le cas pour les mesures prévues dans la Loi 37 touchant les spécialistes¹¹. Évidemment, plus tôt ces mesures sont mises en place, plus importante sera la dépense courante sur quatre ans.

Les paramètres financiers généraux

Les paramètres financiers généraux négociés pour les omnipraticiens et imposés par la Loi 37 pour les spécialistes sont les mêmes de 2004-2005 à 2009-2010 : gel pour les deux premières années, suivi d'une augmentation annuelle de 2% pour les quatre années suivantes.

Toutefois, au 31 mars 2010, ces paramètres vaudront, sur une base composée, 8,7% pour les om-

10. Le programme sur le dépistage et le traitement des ITSS, qui commencera le 1^{er} avril 2007, fait exception. Une somme de 1 M\$ y sera consacrée.

11. Pour la FMOQ, même si l'imputation de la somme de 54,5 M\$ pour les nouveaux services est étalée sur quatre ans, dans les faits, l'entrée en vigueur de la plupart de ces services est le 1^{er} janvier 2007.

L'écart de 5,7% favorable à l'enveloppe budgétaire des médecins spécialistes s'explique, dans une proportion de 3,4%, par l'augmentation plus élevée du nombre de nouveaux facturants chez les médecins spécialistes (diplômés et titulaires de permis restrictif) que chez les médecins omnipraticiens.

Repère

nipraticiens et 8,9 % pour les spécialistes, car l'enveloppe budgétaire des spécialistes augmente un peu plus rapidement en raison de l'évolution différente de leur pratique et d'une valeur de nouveaux services médicaux pour accroître l'accessibilité un peu plus généreuse pour les spécialistes, ce qui expliquerait le 0,2 % d'écart.

Les groupes de médecine de famille

Les groupes de médecine de famille (GMF) constituent un autre facteur important à prendre en compte et qui n'est pas inclus dans l'enveloppe budgétaire des médecins omnipraticiens¹².

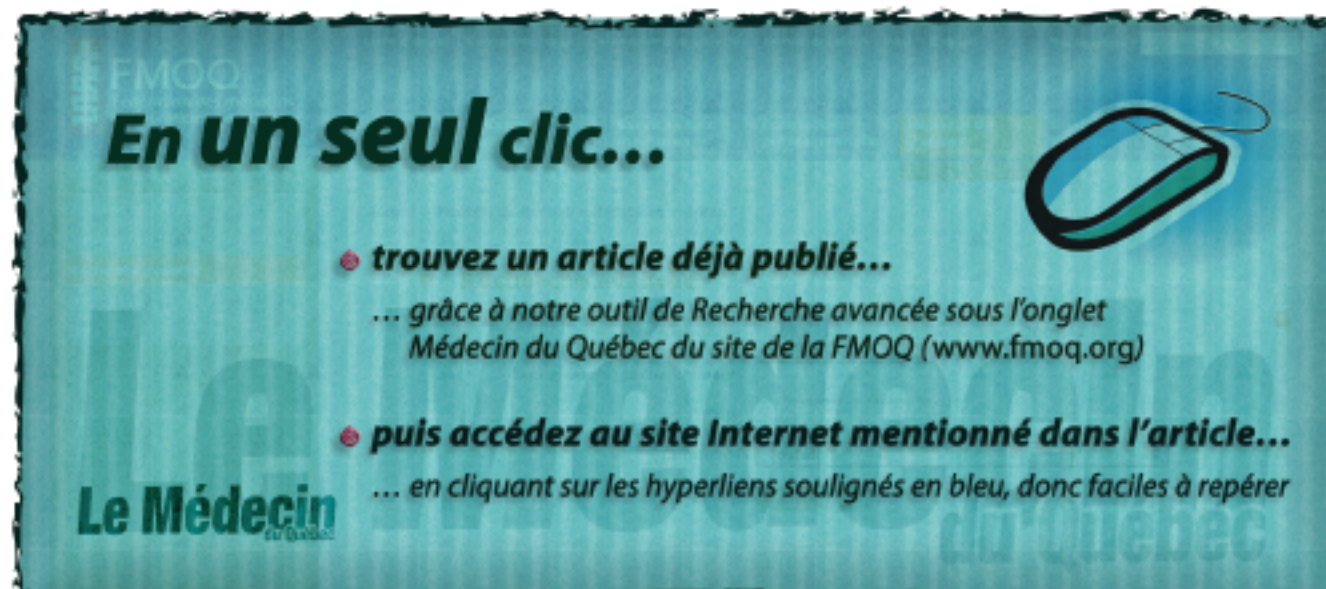
La question de ce mode d'organisation, qui regroupe plus de 1000 omnipraticiens, a déjà été abordée : d'une façon directe (bonification de la rémunération) et indirecte (ressources additionnelles). Il contribue à injecter des sommes importantes dans la rémunération des omnipraticiens (environ 40 M\$ en 2005-2006 seulement). Ces sommes ne sont pas incluses dans l'enveloppe budgétaire des omnipraticiens. Comme ce mode d'organisation continuera à s'accroître de 2006-2007 à 2009-2010, toute analyse comparative des enveloppes budgétaires qui comprendrait les sommes consacrées aux GMF révélerait un écart positif pour les omnipraticiens. La question de la parité ne se poserait alors plus.

COMME NOUS L'AVONS CONSTATÉ dans un article précédent, nous devons être très prudents lorsque les données officielles sont utilisées pour décrire une réalité. Aussi, pour évaluer la rémunération moyenne des omnipraticiens, tous modes de rémunération confondus, nous avons jugé préférable de nous en tenir aux médecins en pratique active et de rajuster leur rémunération en tenant compte d'éléments ayant un effet direct et indirect sur celle-ci. Une fois ces précisions apportées, nous avons conclu qu'en moyenne, de 2000 à 2005, le pouvoir d'achat des omnipraticiens québécois avait augmenté de 6,2 %.

Dans le présent article, nous avons d'abord tenté de décrire brièvement la négociation de l'enveloppe budgétaire ayant abouti à l'entente de 2004-2005 à 2009-2010. Nous avons cru important de montrer le cheminement que nous avons suivi pour en arriver à un consensus jugé acceptable par les deux parties. Et à partir des conclusions de notre analyse, nous estimons que même s'il ne faut pas confondre enveloppe budgétaire et rémunération professionnelle, cette entente devrait permettre aux médecins omnipraticiens de continuer à augmenter leur pouvoir d'achat jusqu'en 2009-2010. 📡


Date de réception : 3 novembre 2006

Date d'acceptation : 8 novembre 2006



FMOQ

En un seul clic...



- **trouvez un article déjà publié...**
... grâce à notre outil de Recherche avancée sous l'onglet Médecin du Québec du site de la FMOQ (www.fmoq.org)
- **puis accédez au site Internet mentionné dans l'article...**
... en cliquant sur les hyperliens soulignés en bleu, donc faciles à repérer

Le Médecin
du Québec