



SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES

APPROCHES DE LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS
POUR LES SOINS VIRTUELS

MAI 2021

Rédigé par : Sam Hunter

Remerciements

Le Centre national d'innovation POPRAVIT d'AGE-WELL tient à saluer et à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Comment citer ce document

Approches de la rémunération des médecins pour les soins virtuels. 2020. Fredericton (N.-B.) : Centre national d'innovation POPRAVIT Inc. AGE-WELL

POUR PLUS D'INFORMATION

Le Centre national d'innovation POPRAVIT Inc. AGE-WELL recevra avec plaisir vos observations au sujet du présent rapport et souhaite savoir comment mieux répondre à vos besoins en information. Si vous avez des questions concernant le travail du Centre POPRAVIT, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

COURRIEL : info@appta.ca

AVERTISSEMENT

Ce document d'information sert à mettre en lumière les données probantes existantes concernant les modèles de paiement des soins virtuels pour la rémunération des médecins. Ce rapport est fondé sur l'information disponible en date de sa publication, sauf indication contraire. Aucune information contenue dans ce document ne doit être interprétée comme un conseil juridique, comptable ou autre.

Les auteurs ont fait tout leur possible pour veiller à ce que l'information incluse dans ce document soit correcte et à jour; cependant, ces renseignements n'ont pas pour objectif de remplacer l'information plus récente communiquée par le biais de ressources gouvernementales ou rattachées à un programme précis. Les auteurs ne font aucune allégation et ne donnent aucune garantie, expresse ou implicite, concernant l'information contenue dans ce document, et déclinent toute responsabilité à l'endroit de toute perte ou de tout dommage découlant directement ou indirectement de l'utilisation des renseignements apparaissant dans cette publication ou de toute mesure prise à partir de ces renseignements.

Synthèse des données probantes

Approches de la rémunération des médecins pour les soins virtuels

Introduction:

Les soins de santé virtuels continuent d'évoluer et se sont maintenant étendus bien au-delà des frontières des provinces et des territoires canadiens. En raison de la transition actuelle vers des mécanismes plus virtuels de prestation des services de soins de santé, la rémunération des fournisseurs de services est devenue autant une pratique qu'une préoccupation politique.

Selon un récent rapport, les restrictions imposées pour les codes de facturation des rendez-vous virtuels constituent une importante barrière qui empêche les médecins d'utiliser des méthodes virtuelles pour offrir leurs services (1). De plus, l'Association médicale canadienne relève que le paiement des médecins pour les services de soins virtuels constitue un obstacle majeur à l'adoption et à l'expansion des outils numériques (2). Voici donc une occasion opportune d'examiner d'un œil critique les modèles de paiement utilisés au Canada et à l'étranger, et d'étudier les politiques susceptibles de favoriser au mieux l'adoption des soins virtuels.

Bien que la majorité des provinces et des territoires utilisent un système salarial ou un système de paiement à l'acte, certaines administrations étrangères ont choisi de rémunérer leurs médecins selon un modèle de capitation. Au Canada, seule la province de l'Ontario a adopté des composantes du modèle de capitation pour rémunérer ses médecins; aucun modèle de capitation intégrale n'a été, à ce jour, adopté dans le reste du pays. Nous présentons dans ce document

*Un sondage auprès de 4900
médecins a révélé... que plus de la
moitié [des répondants] avaient dû
mettre à pied du personnel à cause
de la pandémie*

Ontario Medical Association, 2020

d'information un aperçu des données probantes recueillies pour quatre modèles de rémunération : la capitation, le paiement à l'acte, le salaire et la rémunération au rendement.

- **La capitation :**

Selon le modèle de la capitation, les médecins touchent un montant fixe pour chaque personne dont eux-mêmes ou un groupe de médecins sont responsables, peu importe si ces personnes demandent des soins ou non. Par exemple, un médecin touche 50 \$ par mois pour chacun des 250 patients dont il est responsable, même s'il ne voit, en moyenne, qu'un petit pourcentage de ces personnes par mois. Bien que nombre de patients ne nécessitent pas de services fréquents, le médecin reçoit tout de même environ 100 \$, en moyenne, par consultation durant un mois normal (3). C'est pourquoi, le montant de la rémunération est fondé sur l'utilisation moyenne prévue des soins de santé par le patient, ainsi que sur l'ampleur des besoins et des antécédents médicaux de chaque patient.

Parmi les autres facteurs pris en considération, mentionnons l'âge, la race, le sexe, le type d'emploi et l'emplacement géographique (3). Le modèle de la capitation offre une certitude financière tant aux fournisseurs (les médecins et le système de soins de santé en général) qu'aux payeurs (compagnies d'assurance ou gouvernements) concernant la prestation des soins. Les fournisseurs prennent le risque d'accepter plus de patients car, selon leurs prévisions, tous ne tomberont pas malades ou n'auront pas besoin de soins, mais ils obtiendront une rémunération supérieure en fonction du nombre de personnes dont ils sont responsables (3). Le R.-U. a adopté ce modèle de rémunération, qui se fonde sur l'âge et le sexe, et utilise un ratio de mortalité normalisé pour donner aux assureurs une idée de ce à quoi ils peuvent s'attendre de la part d'une personne en termes d'utilisation des soins de santé (4).

- **Le paiement à l'acte :**

Le modèle du paiement à l'acte existe actuellement dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Selon un rapport, l'Ontario a inauguré une « réforme des soins de première ligne » caractérisée par l'introduction séquentielle de nouveaux modèles de paiement

conçus pour remplacer les modèles traditionnels de paiement à l'acte pour les praticiens généraux. Depuis l'introduction d'un modèle mixte en 1998, le nombre de médecins rémunérés selon un modèle traditionnel de paiement à l'acte a chuté pour passer de 100 % à juste un peu moins de 30 % en 2013 (5). Même avec ce modèle mixte, les médecins doivent tout de même recevoir une portion de leur salaire sous forme de paiement à l'acte, ce qui fait que 97 % des médecins du Canada reçoivent encore une partie, ou la totalité de leur salaire sous forme de paiement à l'acte (6).

Selon certaines données probantes, il semblerait que les modèles de paiement à l'acte font un usage excessif des ressources médicales par rapport aux modèles de paiement par capitation (7). Dans l'ensemble, les médecins du groupe de la capitation ont accepté moins de nouveaux patients que les médecins du groupe du paiement à l'acte, et ce scénario s'est répété pour les nouveaux diplômés des écoles de médecine. Ces études laissent penser que les médecins qui utilisent le modèle de la capitation ont moins tendance à accepter une charge de travail supplémentaire qui pourrait les surcharger et les empêcherait d'offrir des soins de santé opportun à tous leurs patients (7). On relève, cependant, qu'au vu du manque actuel de médecins et des longues listes d'attente pour les patients qui souhaitent consulter un généraliste, il faudra recruter plus de médecins, et les conserver, pour assurer la prestation des soins au rythme actuel, si d'autres modèles sont utilisés.

- **Le salaire :**

Dans le cadre du modèle du salaire, les médecins sont souvent assujettis à des critères contractuels concernant le travail et les heures afin de maintenir la productivité et d'assurer l'atteinte des objectifs de soins de santé. Il y a des données probantes contradictoires à propos de la réussite du modèle du salaire par rapport à l'approche du paiement à l'acte. Selon certaines études, des médecins salariés avaient une liste de patients moins longue et offraient des consultations plus brèves; cependant, ils prescrivaient moins d'ordonnances, consacraient moins de temps à l'administration (8) et prodiguaient plus volontiers des soins bénévoles (9). Selon les conclusions d'autres études, il n'y avait aucune différence au niveau des pratiques de soin

préventif, des listes de patients et de la promotion de l'aptitude à s'aider soi-même entre les médecins salariés et ceux payés à l'acte (8). Certaines caractéristiques, comme le type de pratique, la personnalité et l'environnement du médecin, pourraient aussi avoir eu un effet sur cette donnée probante, ce qui pourrait rendre le modèle du salaire plus efficace dans certains milieux de pratique.

- **La rémunération au rendement :**

Le modèle de la rémunération au rendement vise à améliorer la qualité de la prestation des soins de santé en rémunérant les médecins en fonction de mesures cliniques et d'objectifs concernant la qualité. Les données probantes sur l'efficacité de ce modèle sont contradictoires, car celui-ci rend la rémunération très complexe. Plus particulièrement, suite à deux études servant à évaluer ce modèle, on a découvert que les médecins semblaient axer leurs soins sur l'atteinte d'objectifs cliniques particuliers et étaient moins efficaces dans les secteurs de soins dépourvus d'incitatifs une fois leurs objectifs atteints. D'un point de vue politique, il y a des problèmes concernant la mise en œuvre de ce modèle, car les paramètres de paiement définitifs ne sont pas clairs, et la motivation du médecin constitue un facteur clé (8).

Les changements dans les modèles de paiement suite à la pandémie de la COVID-19 :

La pandémie de la COVID-19 a mis en lumière le système fragmenté actuellement en place pour la rémunération des médecins et exacerbé les problèmes qui en découlent. On a relevé que les médecins qui dépendaient du paiement à l'acte avaient vu leur revenu chuter considérablement durant la pandémie, alors que ceux qui étaient assujettis à d'autres modèles (salaire, mixte) ont été relativement peu touchés sur le plan financier (10). Cet état de fait est attribuable à plusieurs facteurs, dont le fait que, dans de nombreux cas, le modèle de paiement à l'acte ne rémunère pas les médecins pour des interventions simples, mais vitales, comme les consultations téléphoniques. Dans nombre de territoires et de provinces, on a mis en place des codes de facturation pour les services de santé virtuels afin de réduire certaines tâches que les médecins doivent réaliser; cependant, lorsque la rémunération, même basse, d'une intervention assujettie au mode de

paiement à l'acte, comme les « textos », en vaut la peine, il n'est pas financièrement avantageux pour le médecin de soumettre une demande de paiement à cause des frais administratifs et du temps requis pour la procédure (11). Lors d'un sondage mené auprès de 4900 médecins par l'Ontario Medical Association, on a constaté que plus de la moitié des médecins avaient dû mettre à pied du personnel à cause de la pandémie, et 49 % d'entre eux ont déclaré qu'ils devraient fermer leur cabinet s'ils ne recevaient pas rapidement une aide financière (12). Face aux problèmes financiers des médecins, la Nouvelle-Écosse a mis en œuvre un programme de stabilisation pour que les médecins reçoivent la majorité de leur revenu prévu et que la province conserve ses médecins suite à la pandémie. Pour être admissibles à ce programme, les médecins doivent accepter d'être redéployés, si nécessaire, pour répondre à la demande potentielle liée aux patients atteints de la COVID-19 (13,14). Les autres provinces et territoires du Canada n'avaient pas encore mis en place de programme similaire en janvier 2021. À l'étranger, le R.-U. s'est engagé à élaborer un programme de soins de santé virtuels dont l'objectif est de veiller à ce que chaque patient puisse, d'ici à 2024, choisir entre les consultations virtuelles et présentes. De plus, les médecins britanniques ont généralement accueilli à bras ouverts l'introduction des solutions de soins virtuels; il faudra, cependant, évaluer la stratégie de modèle de paiement connexe pour déterminer dans quelle mesure elle permet de traiter plus de patients à l'aide d'outils virtuels afin de favoriser d'autres innovations des systèmes de soins de santé (15).

Conclusion :

Au Canada, les programmes de soins de santé virtuels sont rapidement incorporés dans la « nouvelle normalité » de la prestation des services de soins de santé. Bien que les perturbations engendrées par les outils de soins de santé virtuels risquent d'entraîner une augmentation des coûts pour les gouvernements durant la période de transition des systèmes, il est probable qu'à long terme, les soins de santé virtuels permettront aux Canadiens d'obtenir plus facilement des soins de qualité. Bien que le modèle de paiement à l'acte demeure le plus populaire dans les provinces et les territoires du Canada, les modèles de la capitation, du salaire et de la

rémunération au rendement ainsi que le modèle mixte offrent aux gouvernements provinciaux et territoriaux différentes options qu'ils peuvent utiliser pour concevoir une meilleure solution afin de répondre aux besoins de leur système de soins de santé. Pour les gouvernements et les médecins, un système souple dans lequel les patients bénéficient de soins de qualité, et qui permet de réduire le fardeau financier de toutes les parties revêt une importance prioritaire pour assurer la durabilité des services de soins de santé au Canada.

Références

1. Newfoundland and Labrador Medical Association. (2019). Virtual Care Strategy. Retrieved from: http://www.nlma.nl.ca/FileManager/Position-Papers/docs/NLMA_Virtual_Care_Strategy_-_June_2019.pdf
2. Canadian Medical Association. (2020). Recommendations for Scaling up Virtual Medical Services. Retrieved from: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/ReportoftheVirtualCareTaskForce.pdf>
3. https://www.diffen.com/difference/Capitation_vs_Fee_For_Service
4. Smith, P. Rice, N. Carr-Hill, R. (2001). Capitation in the Public Sector. Retrieved from: <https://rss.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-985X.00200>
5. Sweetman, A. Buckley, G. (2016). Payment Innovations for General Practice Physicians in Ontario, Canada. Retrieved from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-Ways-to-Pay-for-Health-Care-Background-Note-Canada.pdf>
6. <https://www.dr-bill.ca/blog/practice-management/physician-payment-models/>
7. Glazier, R. H., Klein-Geltink, J., Kopp, A., & Sibley, L. M. (2009). Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 180(11), E72–E81. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081316>
8. Rudmik, L., Wranik, D. & Rudisill-Michaelsen, C. Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *J of Otolaryngol - Head & Neck Surg* 43, 34 (2014). <https://doi.org/10.1186/s40463-014-0034-6>
9. Bradley Wright, D. (2010). Time Is Money: Opportunity Cost and Physicians' Provision of Charity Care 1996-2005. *Health Services Research*, 45(6 Pt 1), 1670-1692 Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3026953/>
10. Glauser, W. (2020). Pandemic Amplifies Calls for Alternative Payment Models. Retrieved from: <https://www.cmaj.ca/content/192/23/e638>

11. <https://www.bnnbloomberg.ca/moneytalk-is-it-even-worth-my-time-to-submit-a-2-billing-code-1.1331723>
12. <https://www.newswire.ca/news-releases/statement-up-to-half-of-ontario-s-doctors-responding-to-practice-impact-survey-may-have-to-close-their-offices-as-no-ohip-payments-likely-until-july-900-000-patients-could-be-affected-817556318.html>
13. <http://msi.medavie.bluecross.ca/wp-content/uploads/sites/3/2020/10/Physicians-Bulletin-Oct-15-2020.pdf>
14. <http://msi.medavie.bluecross.ca/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/DeclarationForm.pdf>
15. Deloitte. (2019). Environmental Scan on Virtual Care. Retrieved from: https://mspei.org/wp-content/uploads/2019/05/Deloitte-Environmental-Scan-on-Virtual-Care-Presentation_Final.pdf