

**WE COULD DO BETTER...
RESULTS FROM A TEN-YEAR LONGITUDINAL
ANALYSIS OF QUEBEC'S PHYSICIAN
COMPENSATION MODELS**

MUHC Medical Grand Rounds – September 18, 2018



CHAIRE DE RECHERCHE
-
POLITIQUES
CONNAISSANCES
SANTÉ

TEAM AND FUNDING

- **Funding**

CSBE through a FRQ-SC

- **Co-PIs:**

Damien Contandriopoulos & Astrid Brousselle

Co-Investigators: Mylaine Breton, Arnaud Duhoux, Catherine Hudon, Alain Vadeboncoeur

Research staff and trainees: Marc-André Fournier, Mike Bénigeri, Geneviève Champagne, Mélanie Perroux, Martin Sasseville, Damien Sainte-Croix



**Commissaire
à la santé
et au bien-être**

Québec 

**Fonds de recherche
Société et culture**

Québec 

**Fonds de recherche
Santé**

Québec 



OBJECTIVE

Understand how Quebec's physician compensation models **shape clinical practice**, what their impacts are on health-care **system performance**, and how they interact with other determinants of performance.

Janvier 2014

Références : BE- 2013-2014.8



Appel de propositions

Action concertée « Projets ciblés »

Regards sur les modes de rémunération des médecins

- Projet 1 : Analyse comparative, nationale et internationale, des modes de rémunération des médecins et leurs effets sur la qualité et la continuité des soins (160 000 \$)
Projet 2 : Pour le Québec, effets sur l'efficacité et la performance du système de santé et de services sociaux (250 000 \$)

proposé par

Le Commissaire à la santé et au bien-être
et

Le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)
Le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS)

A SOULIGNER

Volet offert : 2 projets de recherche
Durée : variable selon les projets
Montant : variable selon les projets
Lettre d'intention : mercredi le 26 février 2014 à 16 h
Demande de financement : mercredi le 21 mai 2014 à 16 h
Début des projets : 15 septembre 2014

- In 1936 British Columbia doctors sank a bill to increase health coverage because they « *were upset by the low fees and the emphasis on capitation (a set per-person fee) rather than fee-for-service payment.*» <https://www.historymuseum.ca/cmhc/exhibitions/hist/medicare/medic-2h12e.shtml>
- Que le mode de rémunération à l'acte soit progressivement abandonné au profit d'autres formes de rémunération, tels le salariat et la rémunération au prorata du nombre de cas traités () Castonguay-Nepveu 1968-1972 V.4, Tome IV, Ch. XV, p.234
- Rémunération fixe des médecins en établissements, comportant une base salariale qui augmenterait en proportion directe de leurs responsabilités administratives ou d'encadrement. Ils pourraient cependant continuer à percevoir le reste de leur rémunération, dans les limites fixées, en pratiquant à l'acte. (Rochon 1988 Ch. 7, p. 679)

DATA MATTERS

Fee Increases and Target Income Hypothesis:
Data from Quebec on Physicians' Compensation
and Service Volumes

Hypothèse sur la hausse des tarifs et les revenus ciblés :
données sur les volumes de services et la rémunération
des médecins au Québec



DAMIEN CONTANDRIOPOULOS, PHD
Associate Professor, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Montréal, QC

MÉLANIE PERROUX, MSC
Research Coordinator, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Montréal, QC

Abstract

Recent years have witnessed important public investments in physicians' compensation across Canada. The current paper uses data from Quebec to assess the impact of those investments on the volumes of services provided to the population. While total physician compensation costs, average physician compensation and average unit cost per service all rose extremely fast, the total number of services, number of services per capita and average number of services per physician either stagnated or declined. This pattern is compatible with the economic target income hypothesis and raises important policy questions.

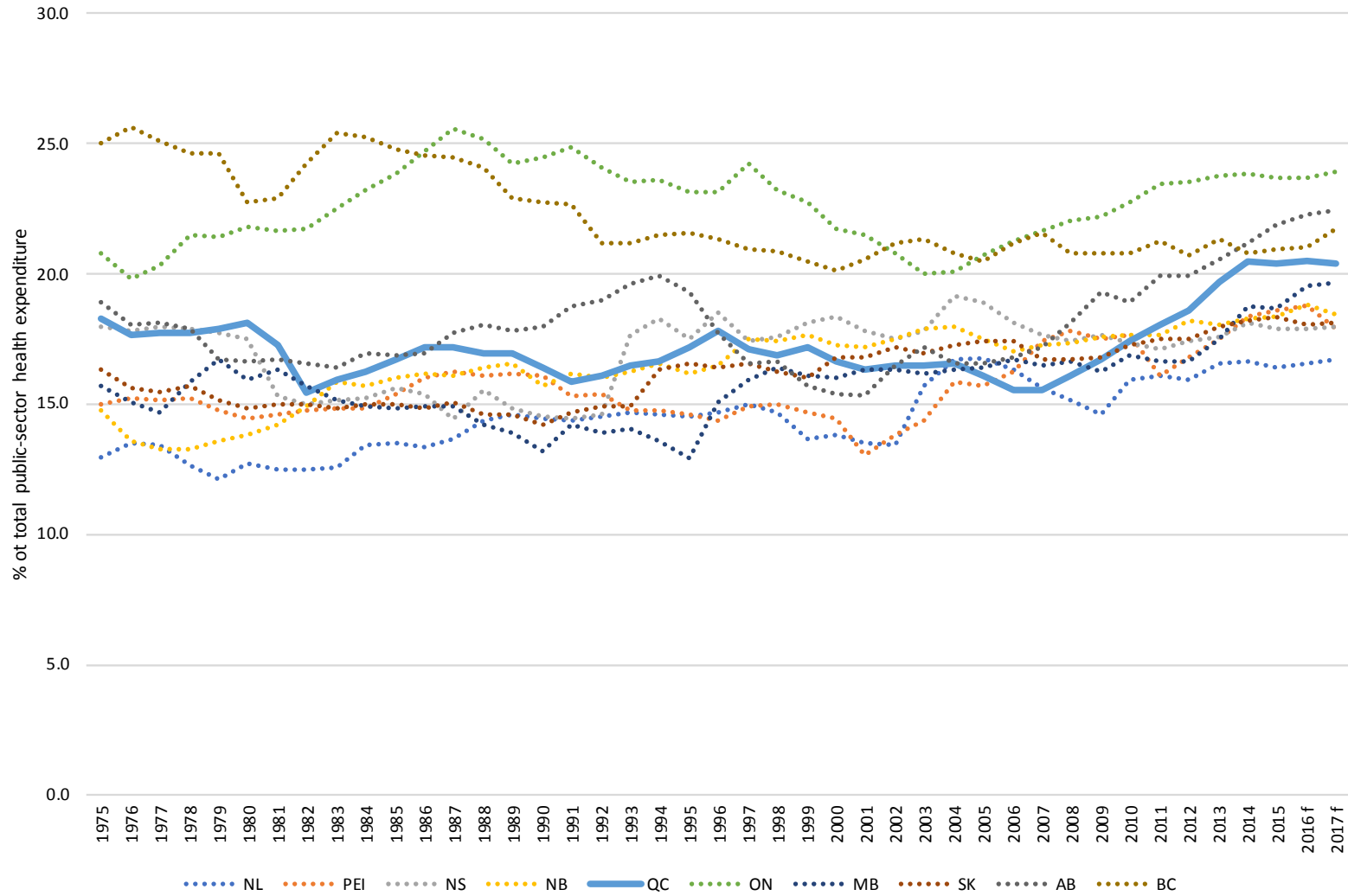
Résumé

Ces dernières années, d'importants investissements publics dans la rémunération des médecins ont été consentis partout au Canada. Cet article utilise les données du Québec pour évaluer l'impact de ces investissements sur le volume de services fourni à la population. Alors que les dépenses totales liées à la rémunération des médecins, la rémunération moyenne par médecin

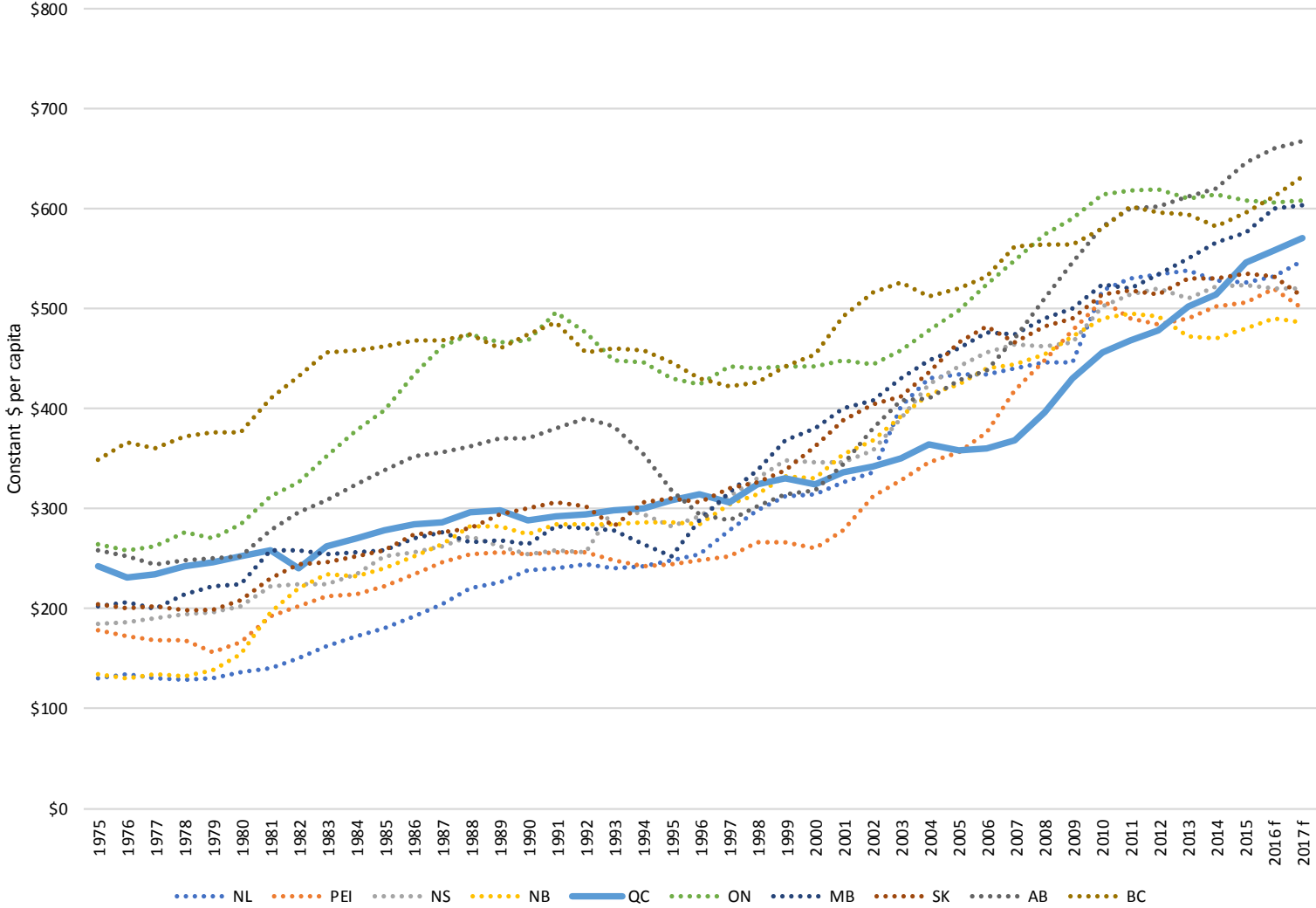
[30] HEALTHCARE POLICY 14(9) No.2, 2013



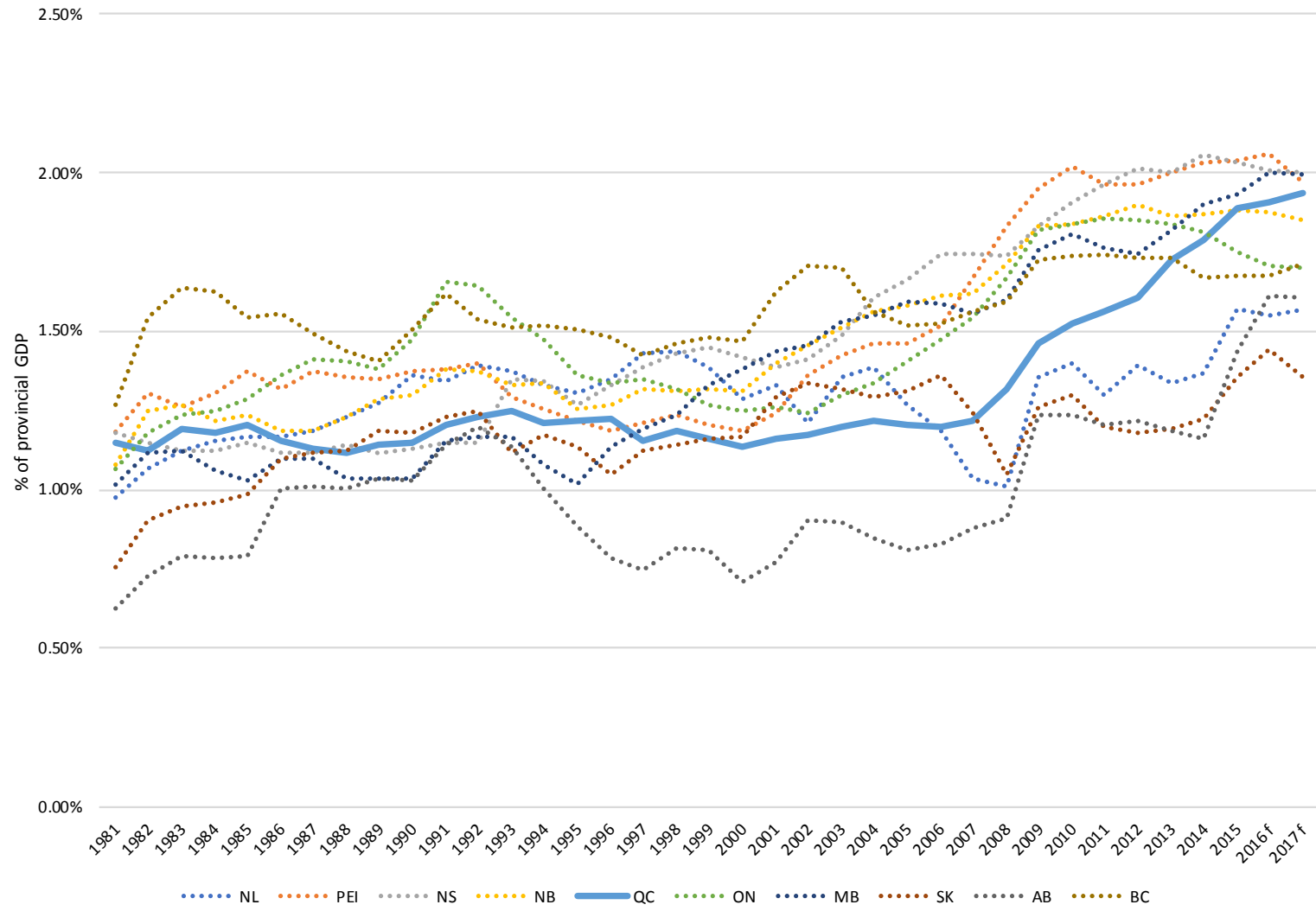
Physician compensation as a proportion of total public-sector health expenditures 1975 -2017
 (beware this is CIHI data)



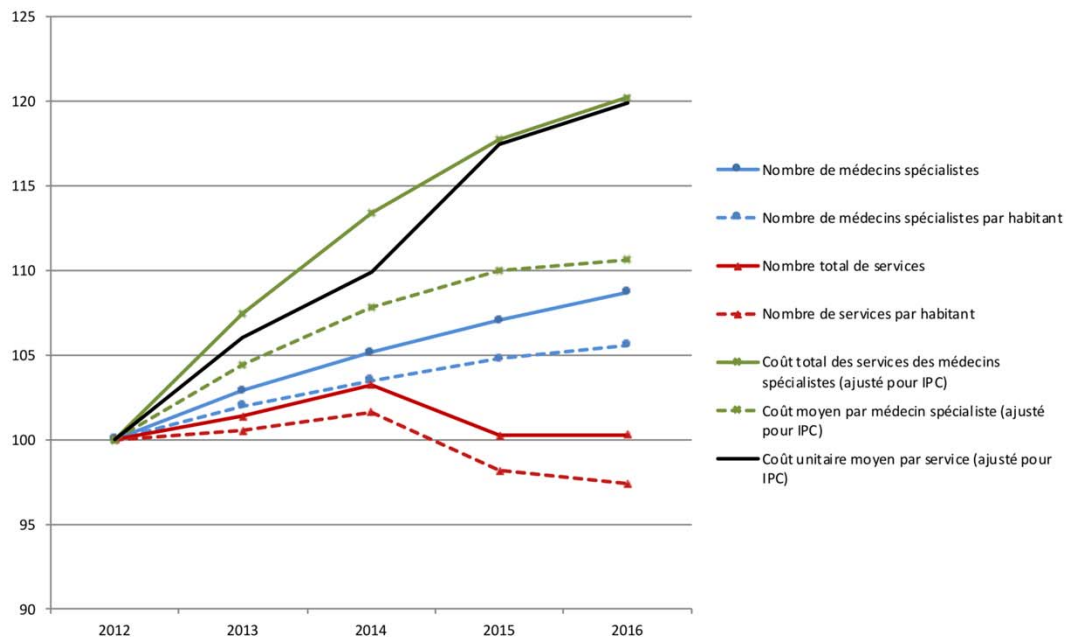
Physician compensation as constant dollars per capita 1975 -2017 (beware this is CIHI data)



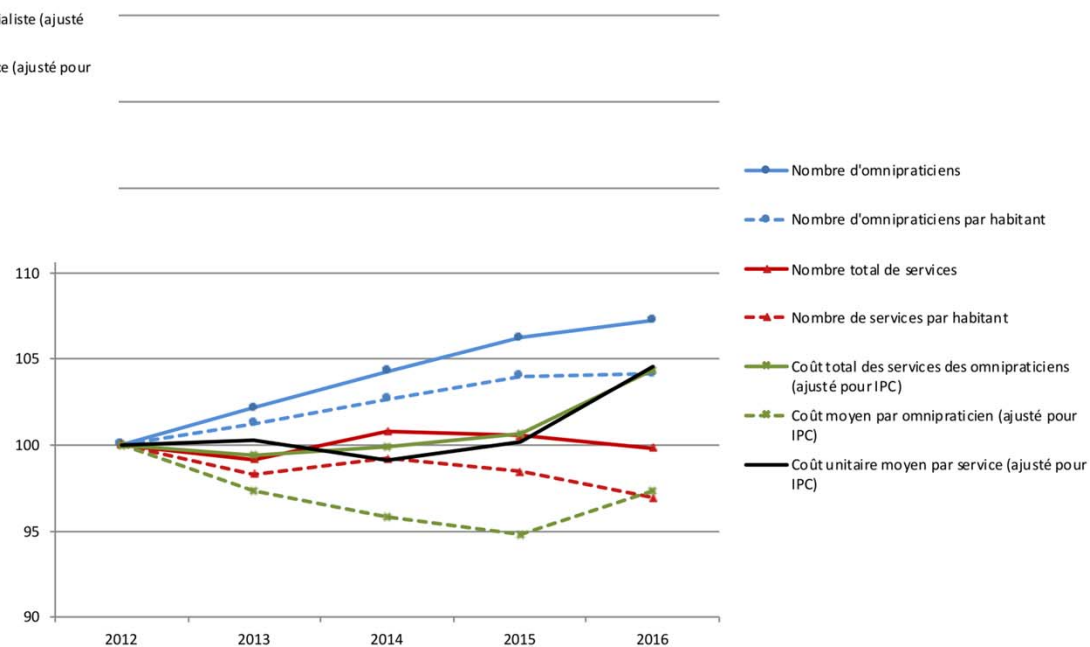
Physician compensation as a proportion of provincial GDP 1975 -2017 (beware this is CIHI data)




MÉDECINS SPÉCIALISTES 2012-2016: Évolution de la pratique et des coûts en base 100 (source tableau RAMQ SM21)



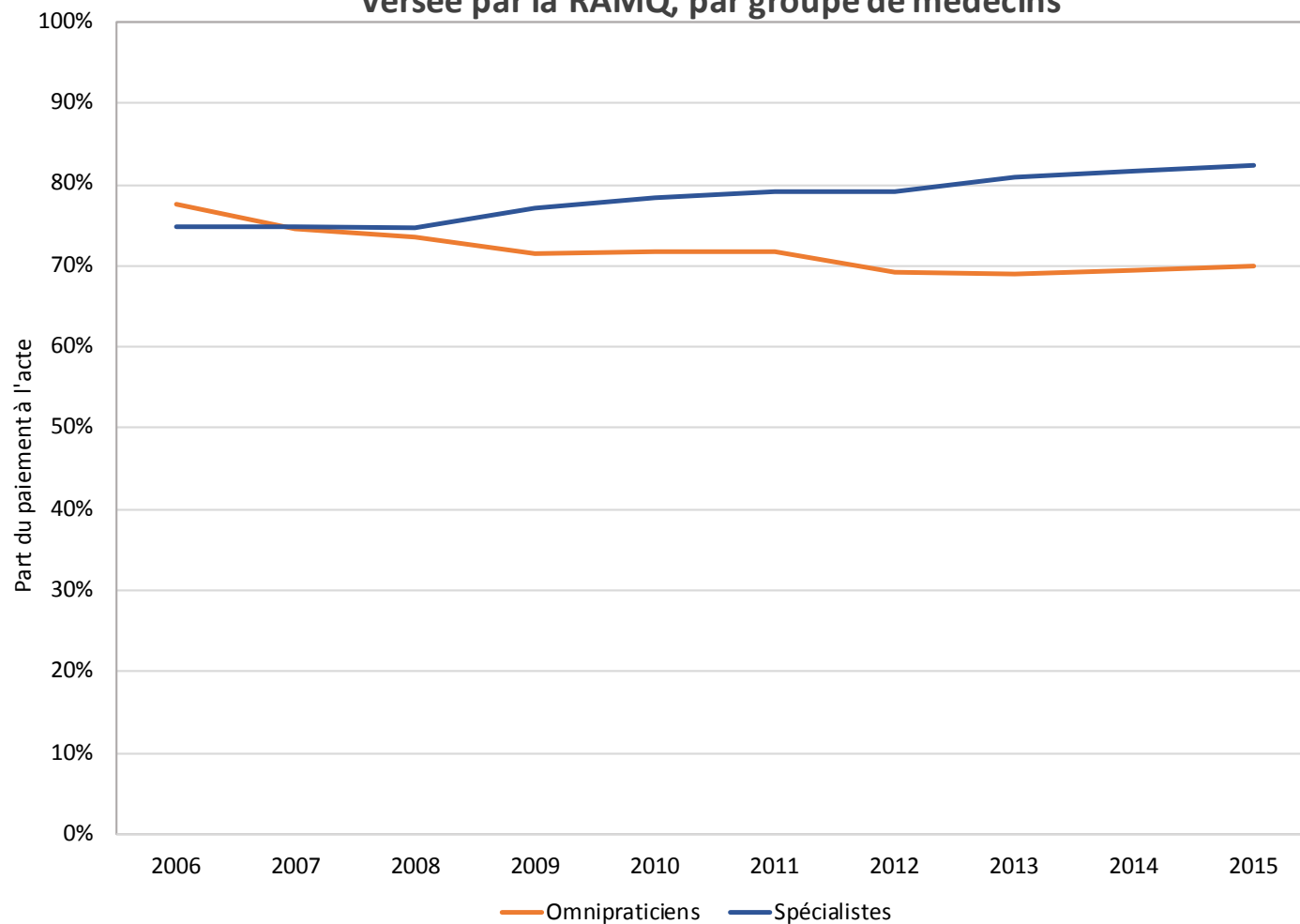
OMNIPRATICIENS 2012-2016: Évolution de la pratique et des coûts en base 100 (source tableau RAMQ SM21)



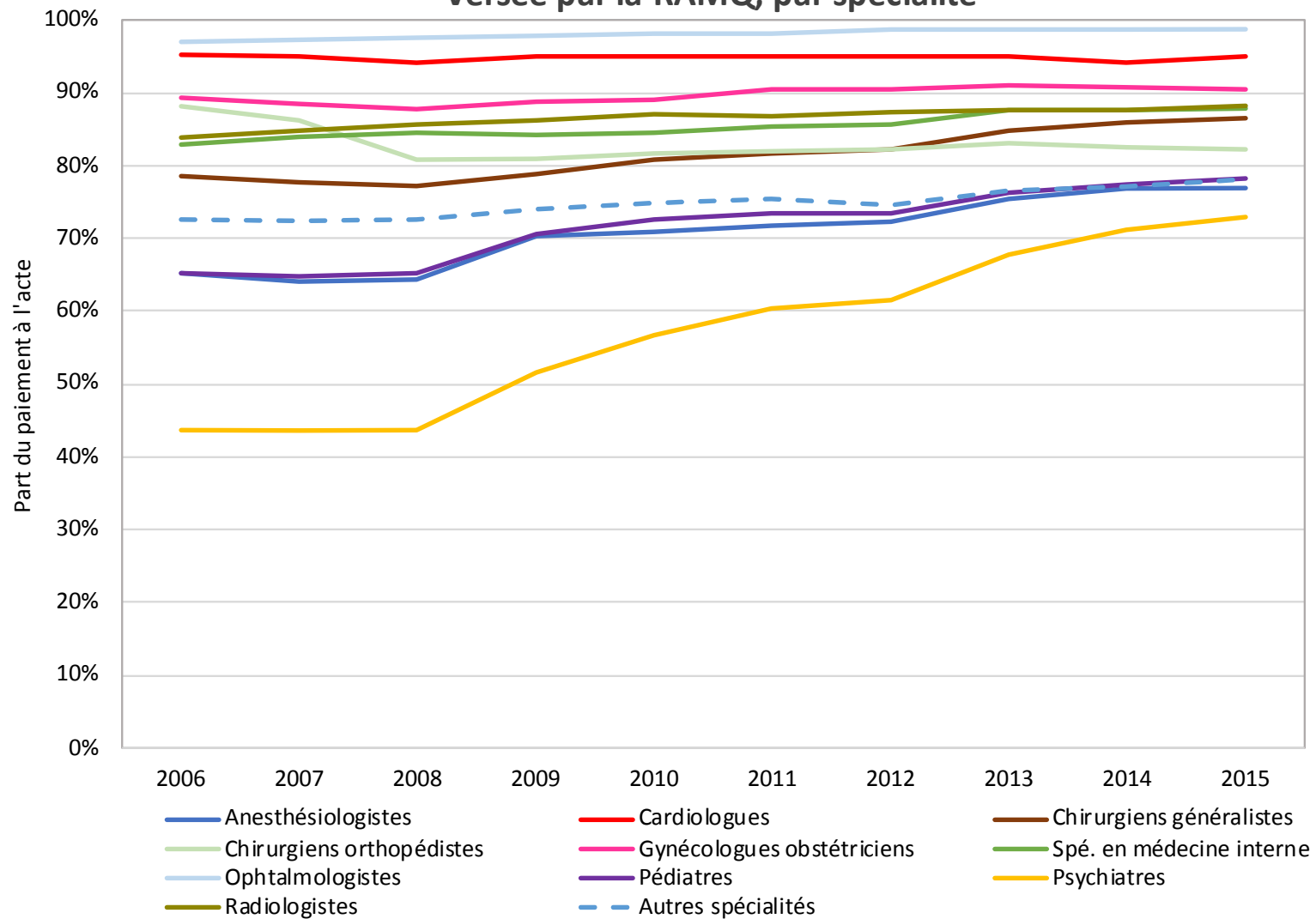
RESEARCH APPROACH

- 
- **Three-pronged mix-method approach:**
 1. A review of the changes in physician payment schedules over ten years (January 2006 to December 2015) and analyzed the implicit causal relation between incentives and behaviour change.
 2. Longitudinal analysis of 47 payment, capacity, and production indicators over the same period.
 3. 33 in-depth interviews with practising physicians and experts focused on the influence of compensation models on behaviour and performance.
 - **Results from each component were combined in a systemic assessment of Quebec's physician compensation model.**

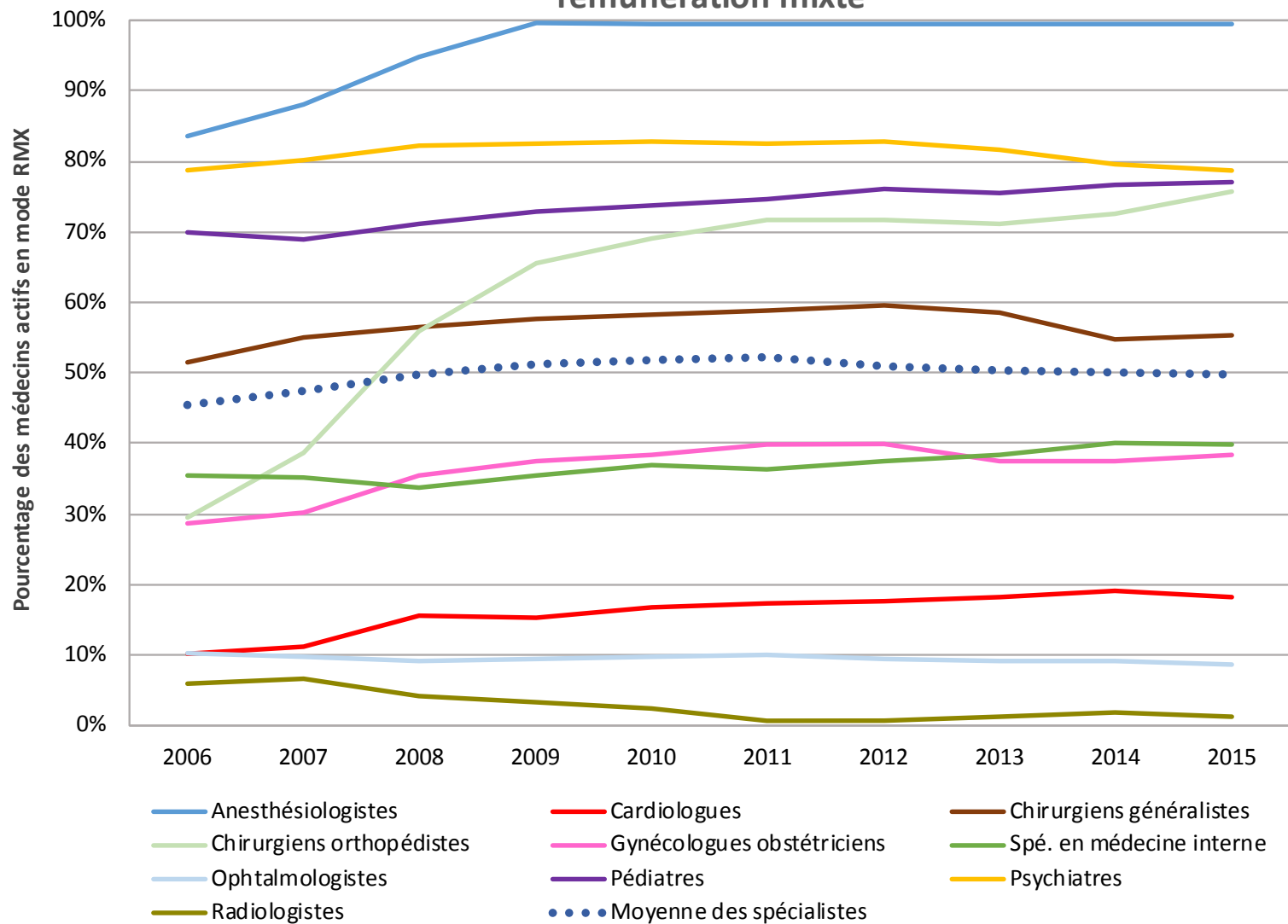
Graphique 1: Proportion du paiement à l'acte dans la rémunération totale versée par la RAMQ, par groupe de médecins



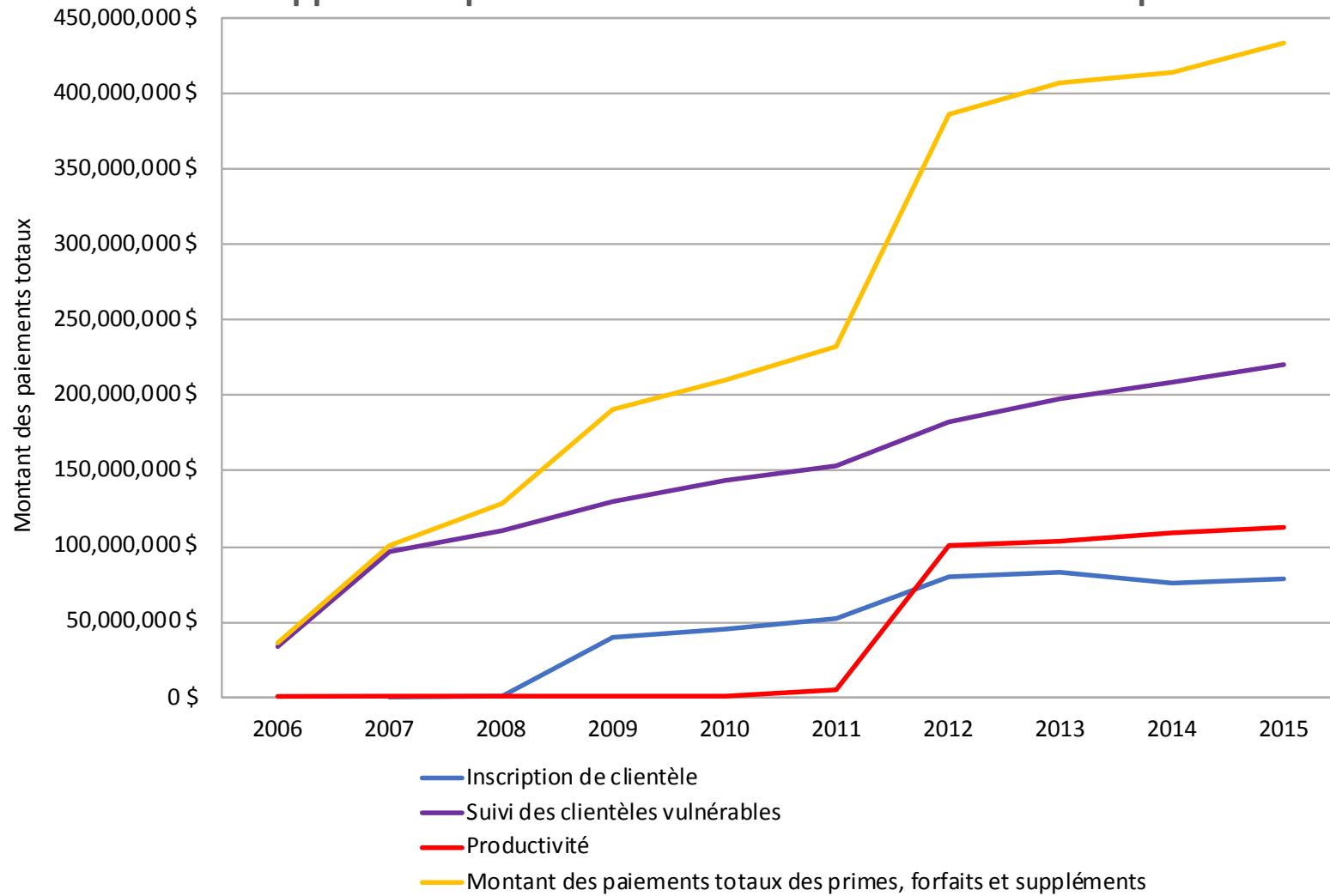
Graphique 2: Proportion du paiement à l'acte dans la rémunération totale versée par la RAMQ, par spécialité



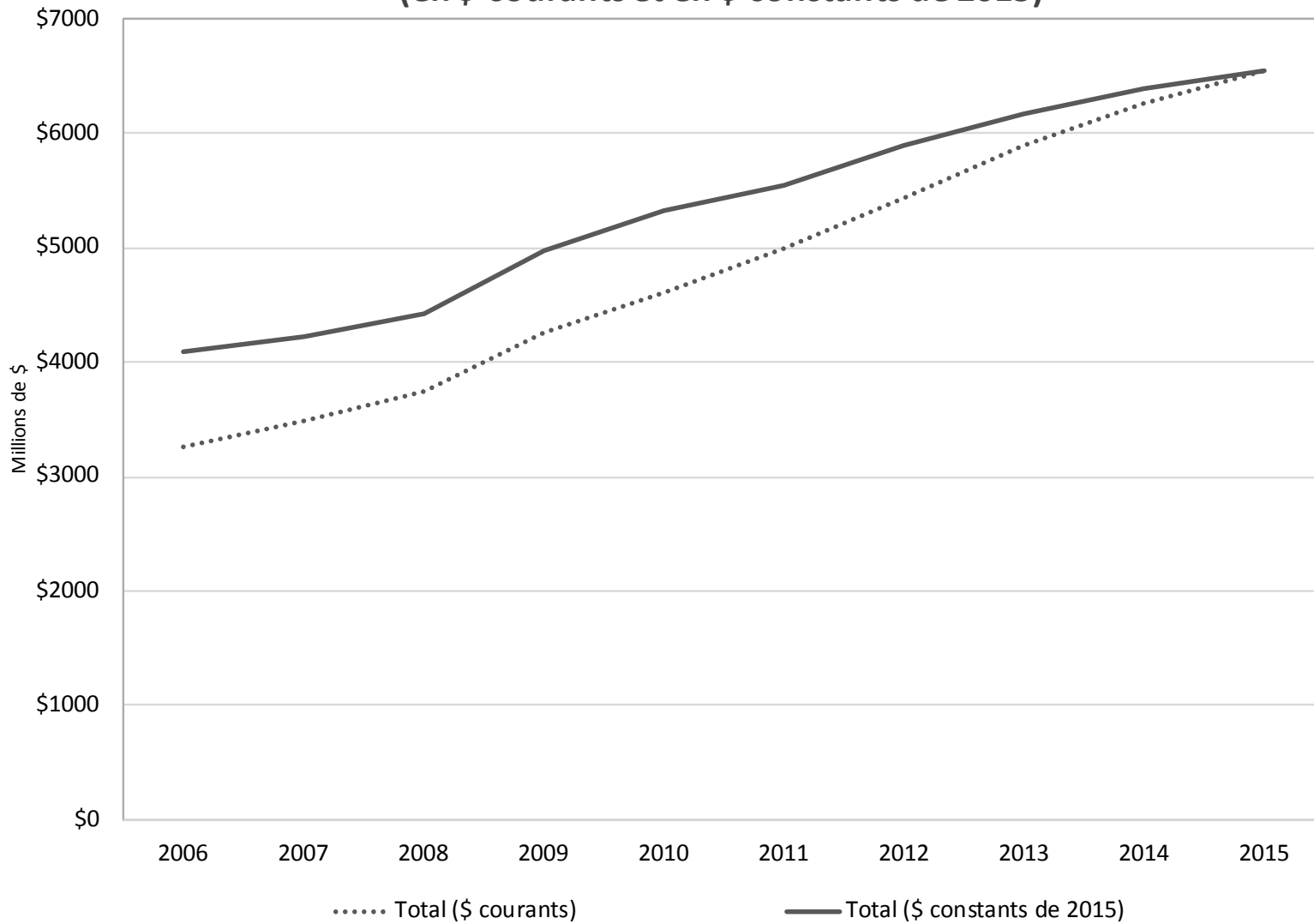
Graphique 3: Proportion des médecins spécialistes actifs en mode de rémunération mixte



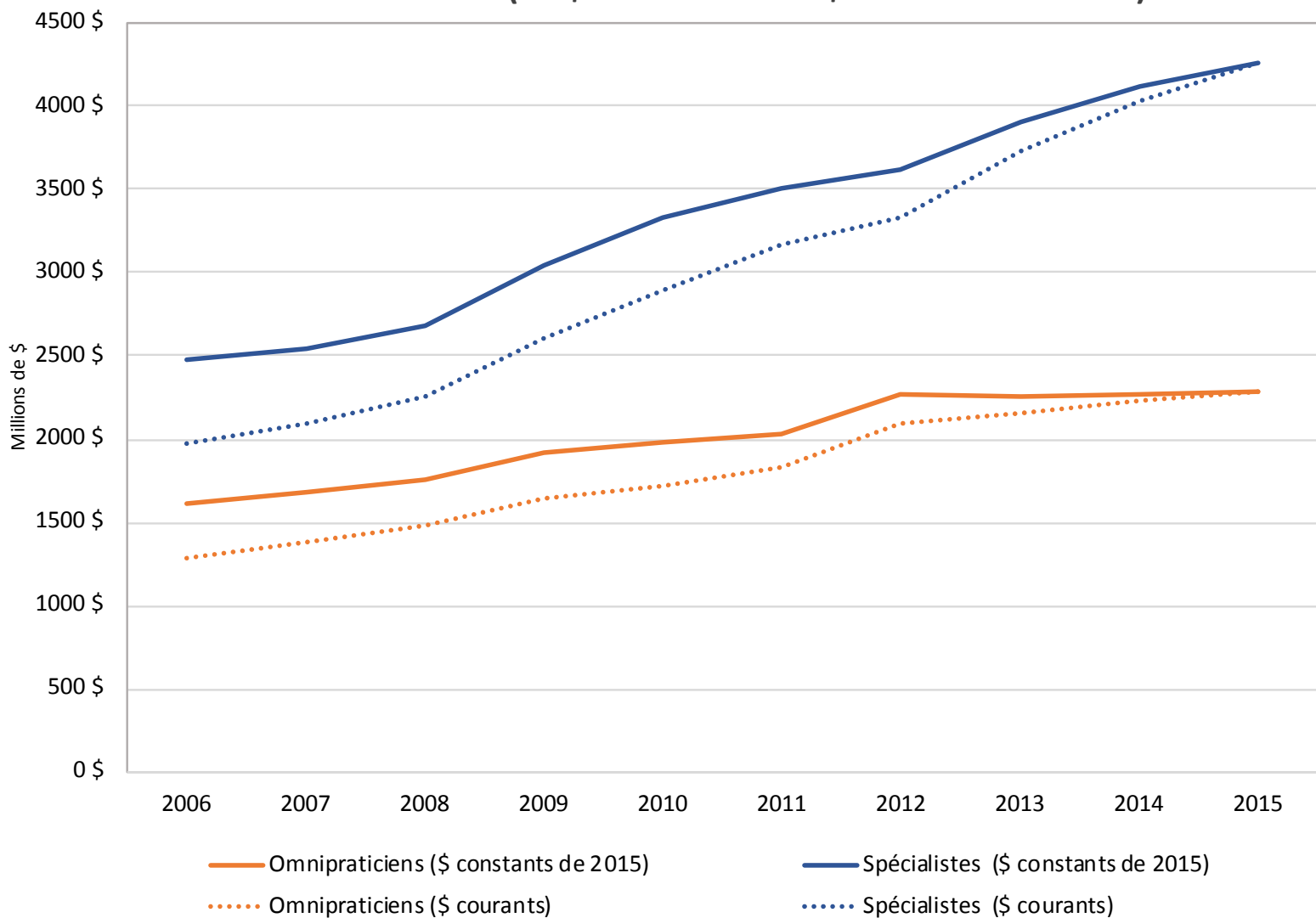
Graphique 4: Paiements totaux par modalité en primes, forfaits et suppléments pour le suivi en cabinet des médecins omnipraticiens



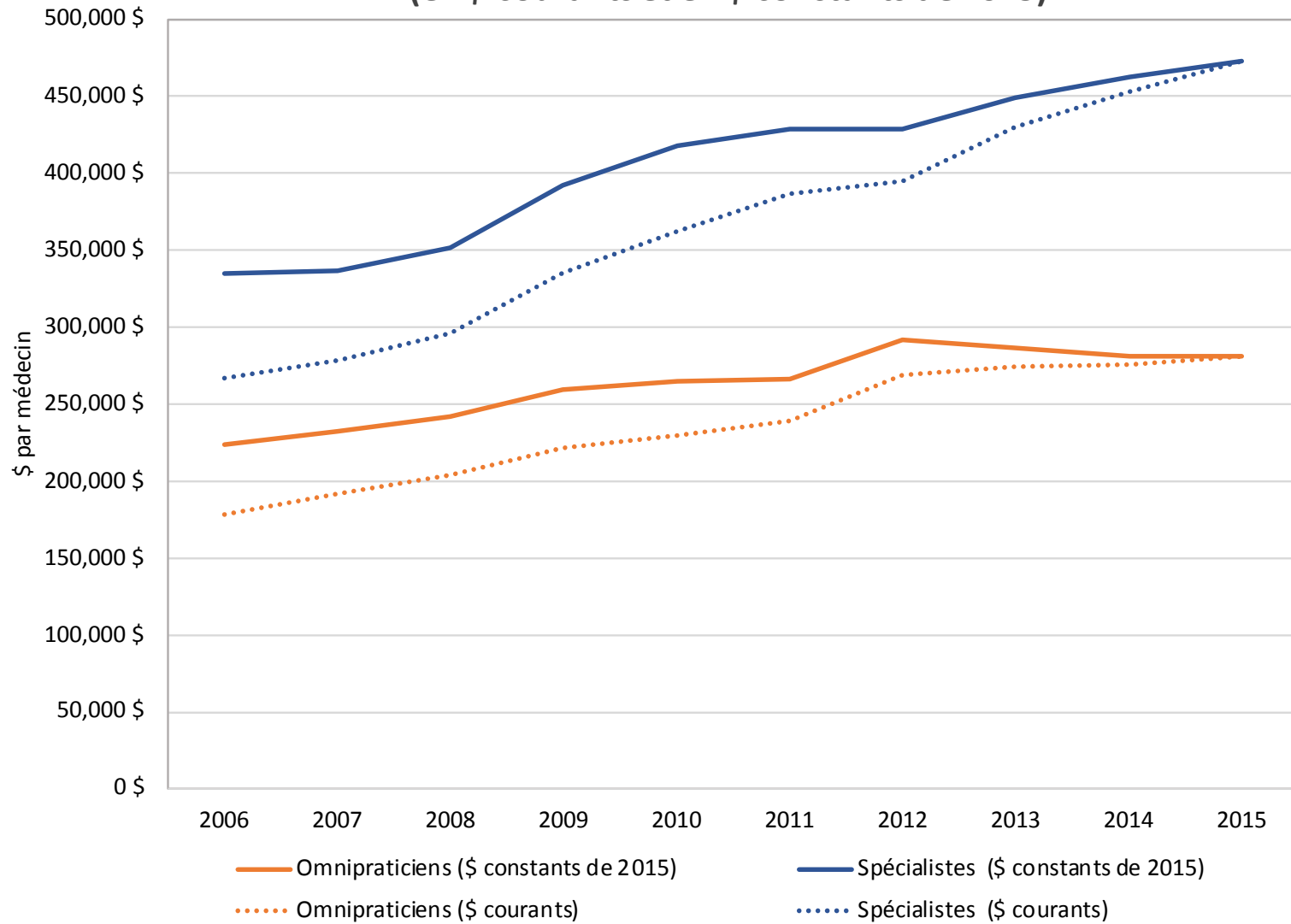
**Graphique 5: Paiements totaux de la RAMQ aux médecins du Québec
(en \$ courants et en \$ constants de 2015)**



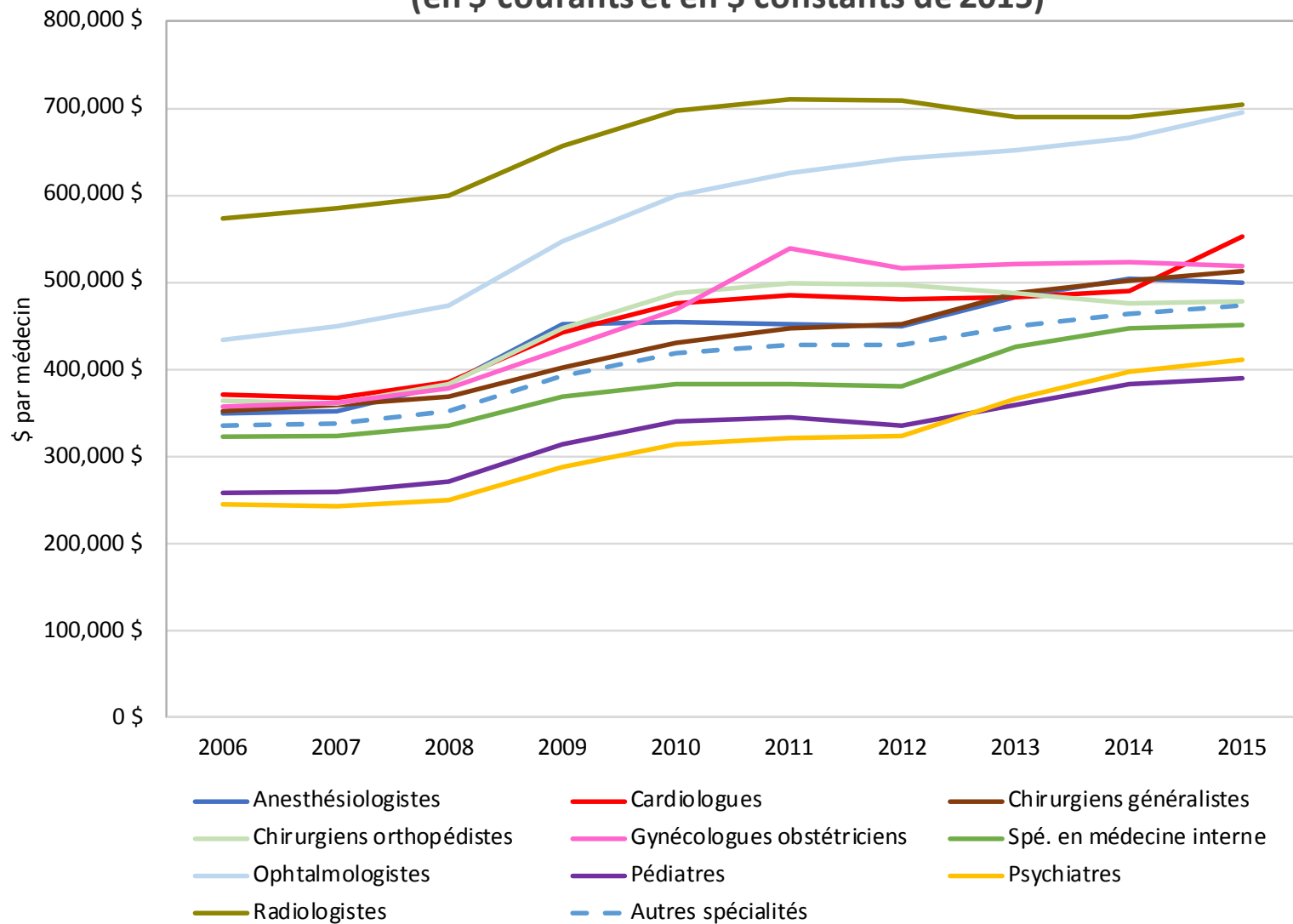
Graphique 6: Paiements totaux de la RAMQ selon le groupe de médecins (en \$ courants et en \$ constants de 2015)



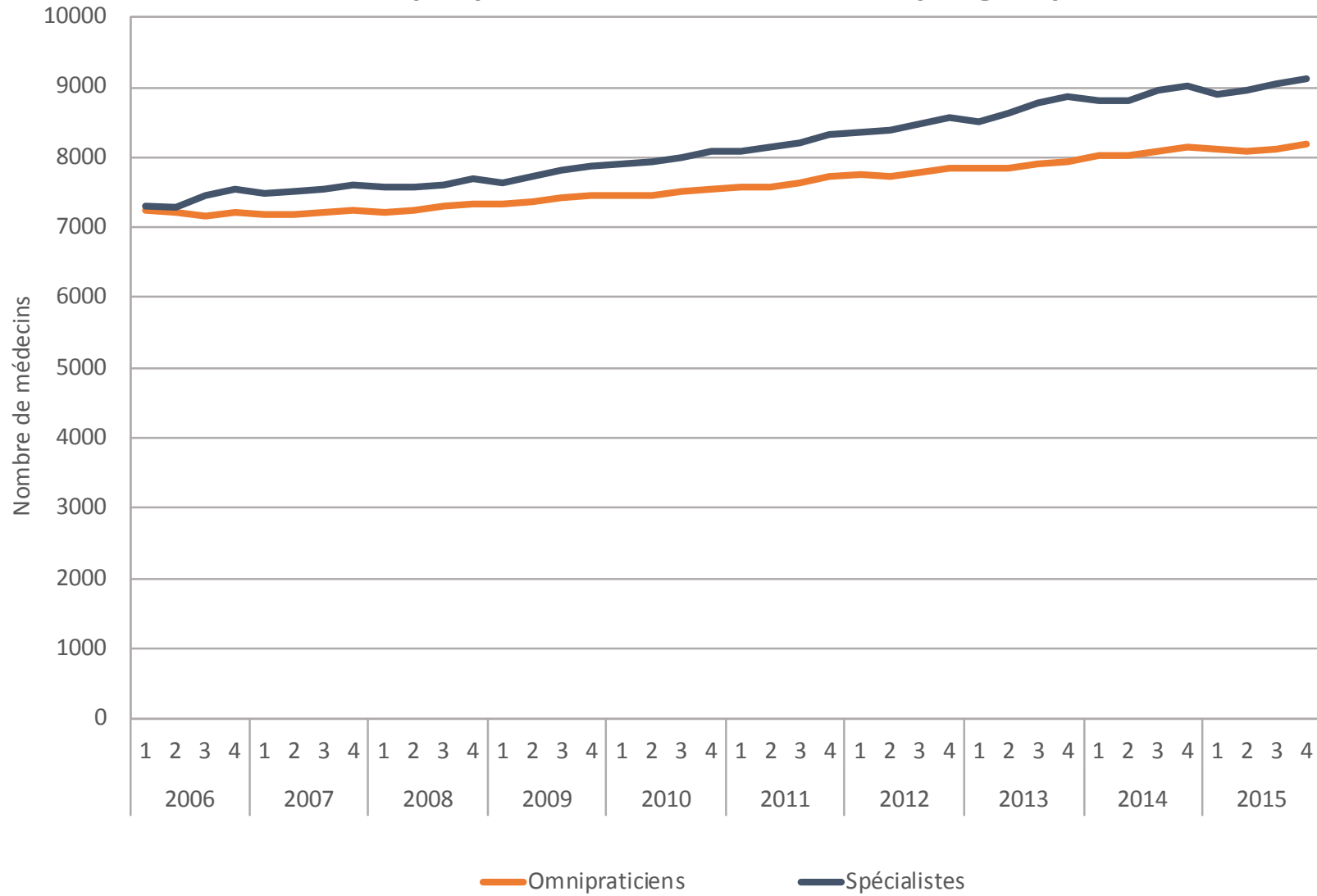
**Graphique 7: Rémunération brute totale par médecin selon le groupe
(en \$ courants et en \$ constants de 2015)**



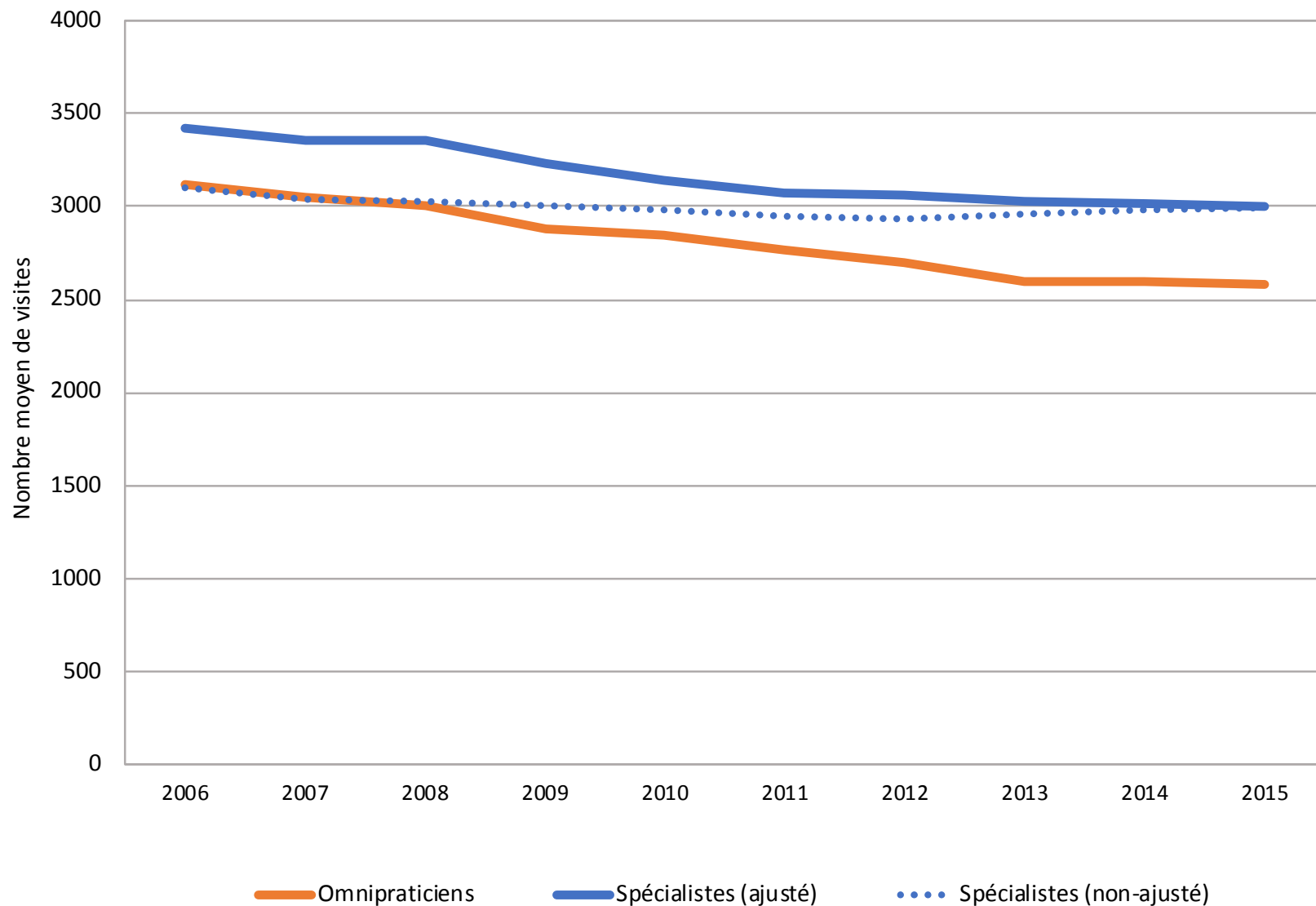
**Graphique 8: Rémunération brute totale par médecin selon la spécialité
(en \$ courants et en \$ constants de 2015)**



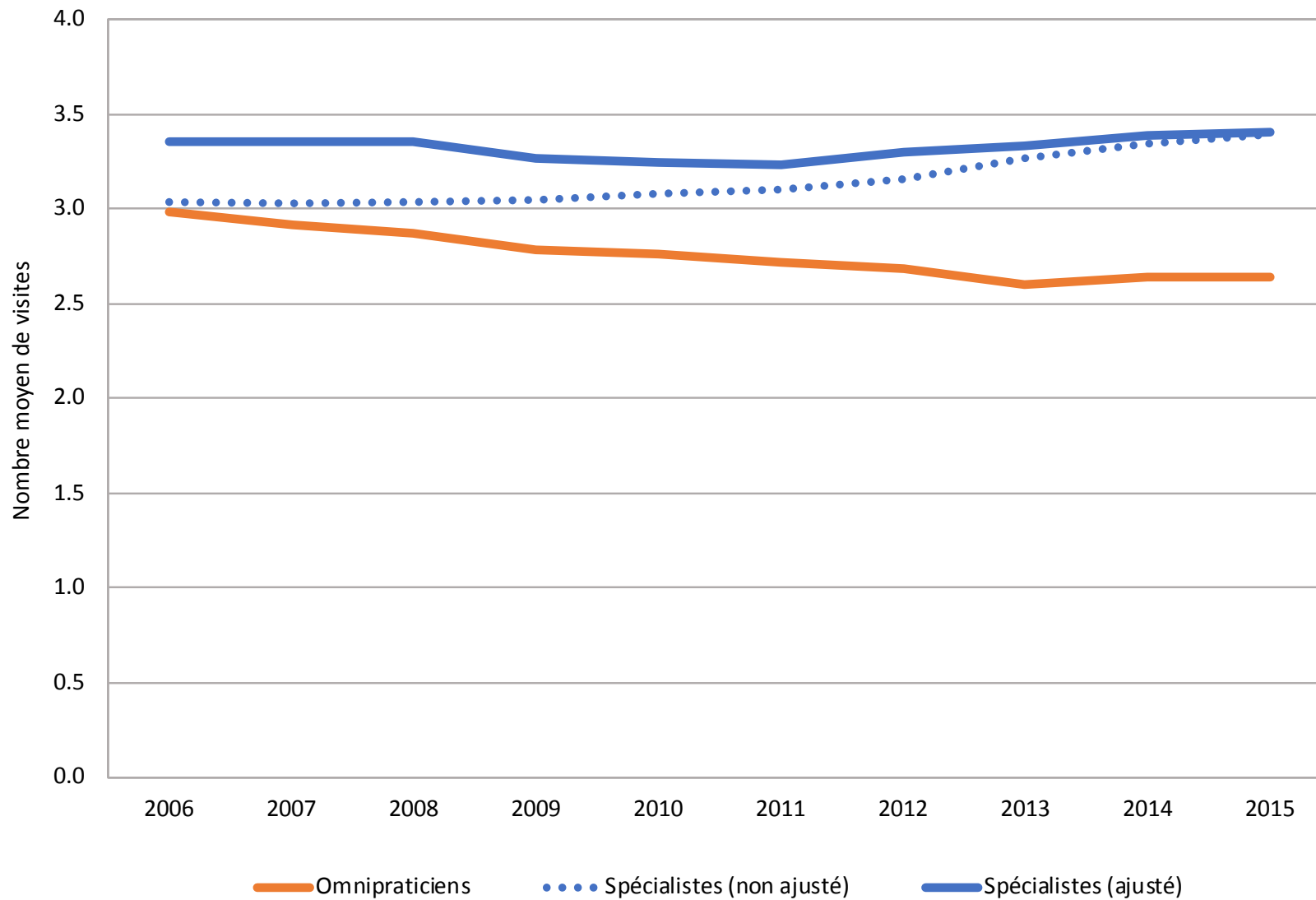
Graphique 9: Nombre de médecins par groupe



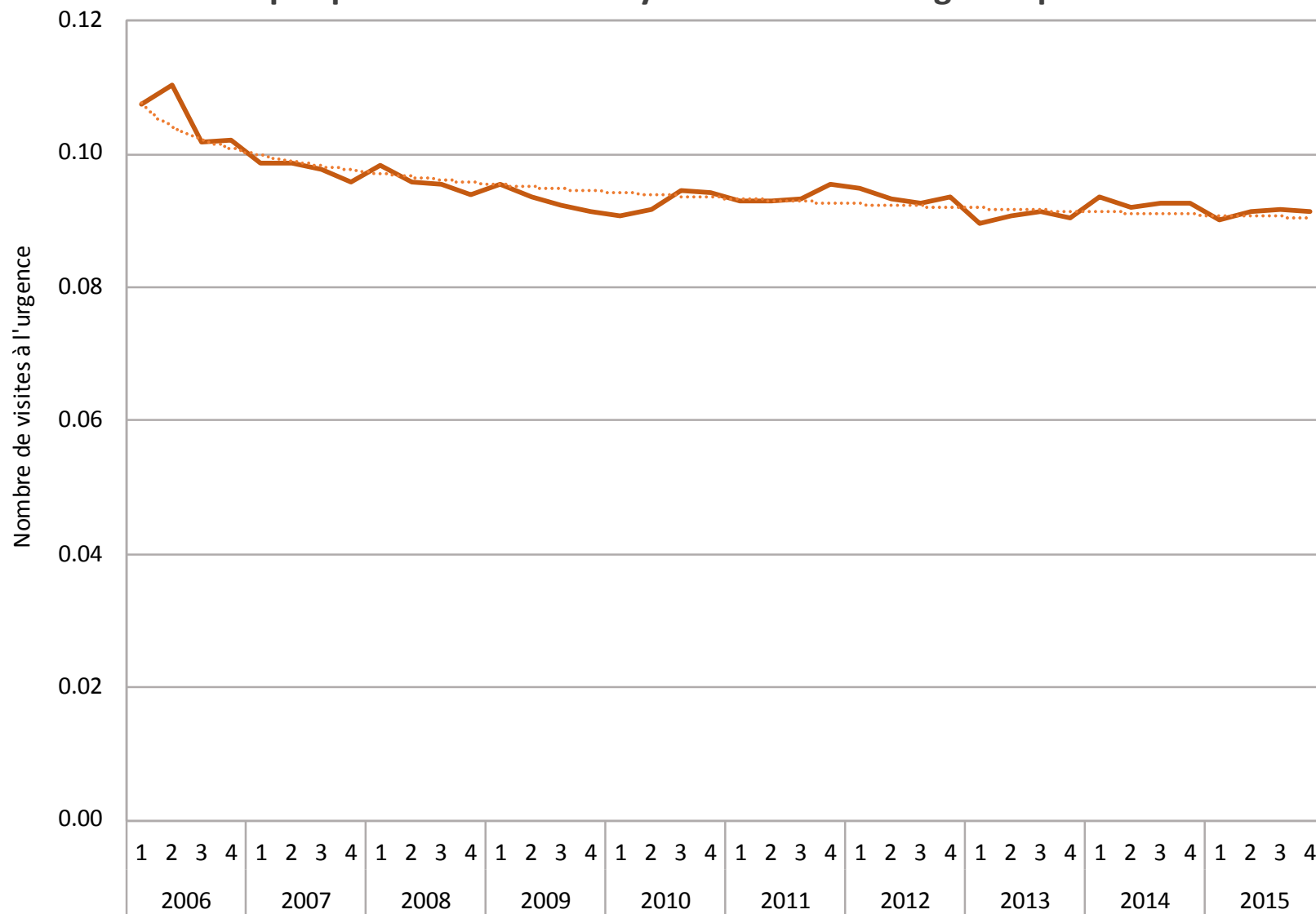
Graphique 12: Nombre moyen de visites par médecin



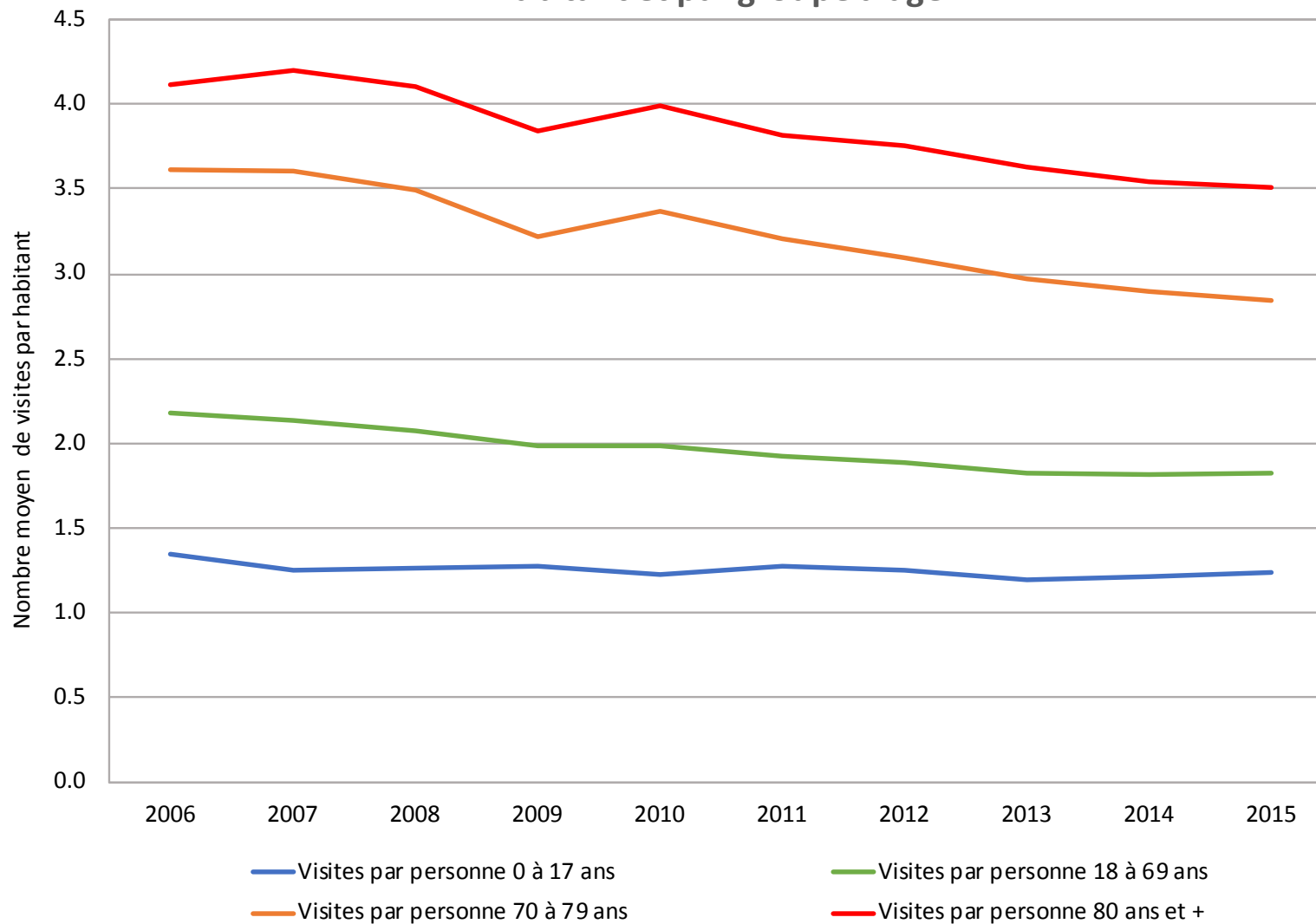
Graphique 14: Nombre moyen de visites par habitant



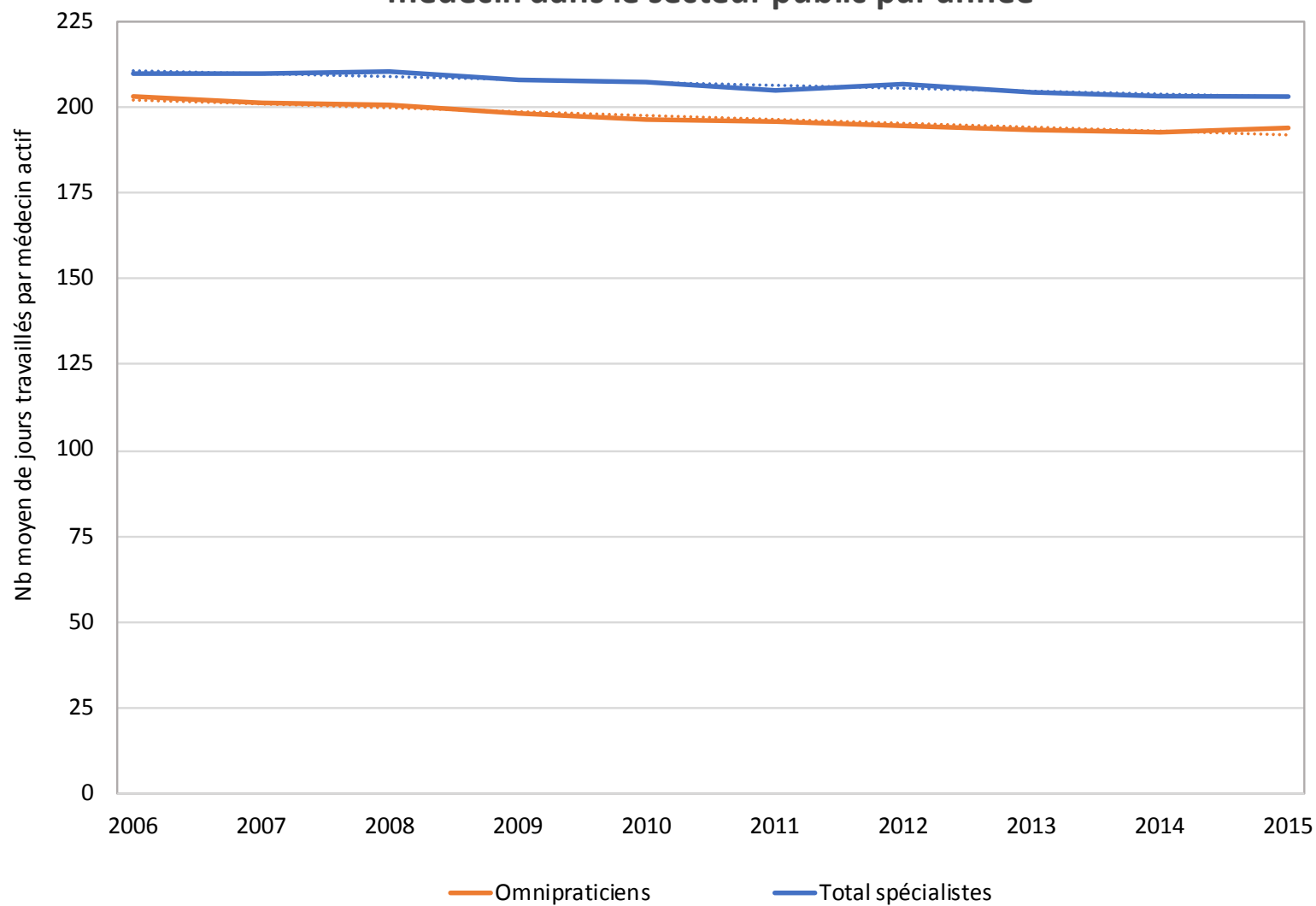
Graphique 17: Nombre moyen de visites à l'urgence par habitant



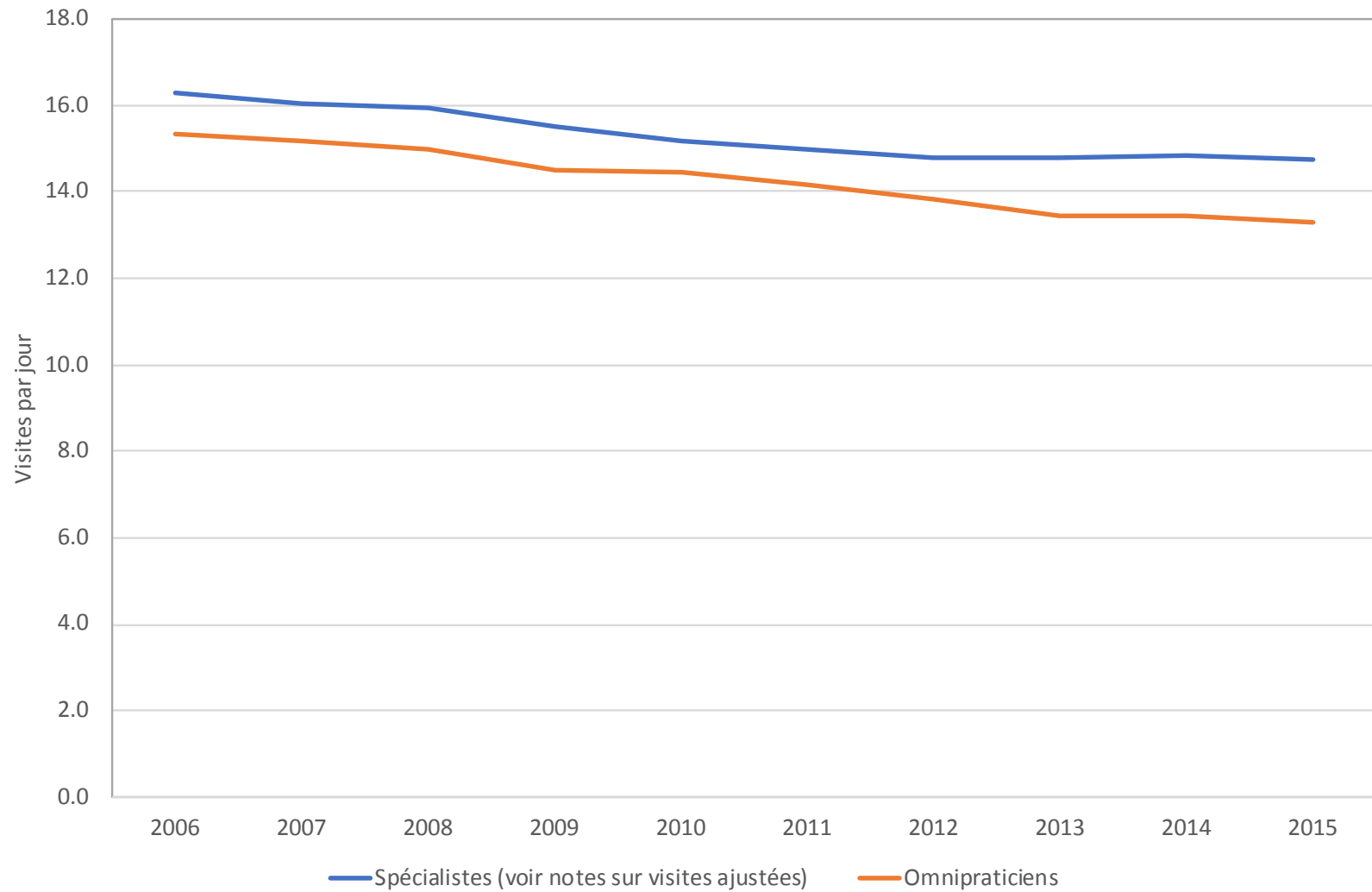
Graphique 16: Évolution du nombre moyen de visites en première ligne par habitant et par groupe d'âge



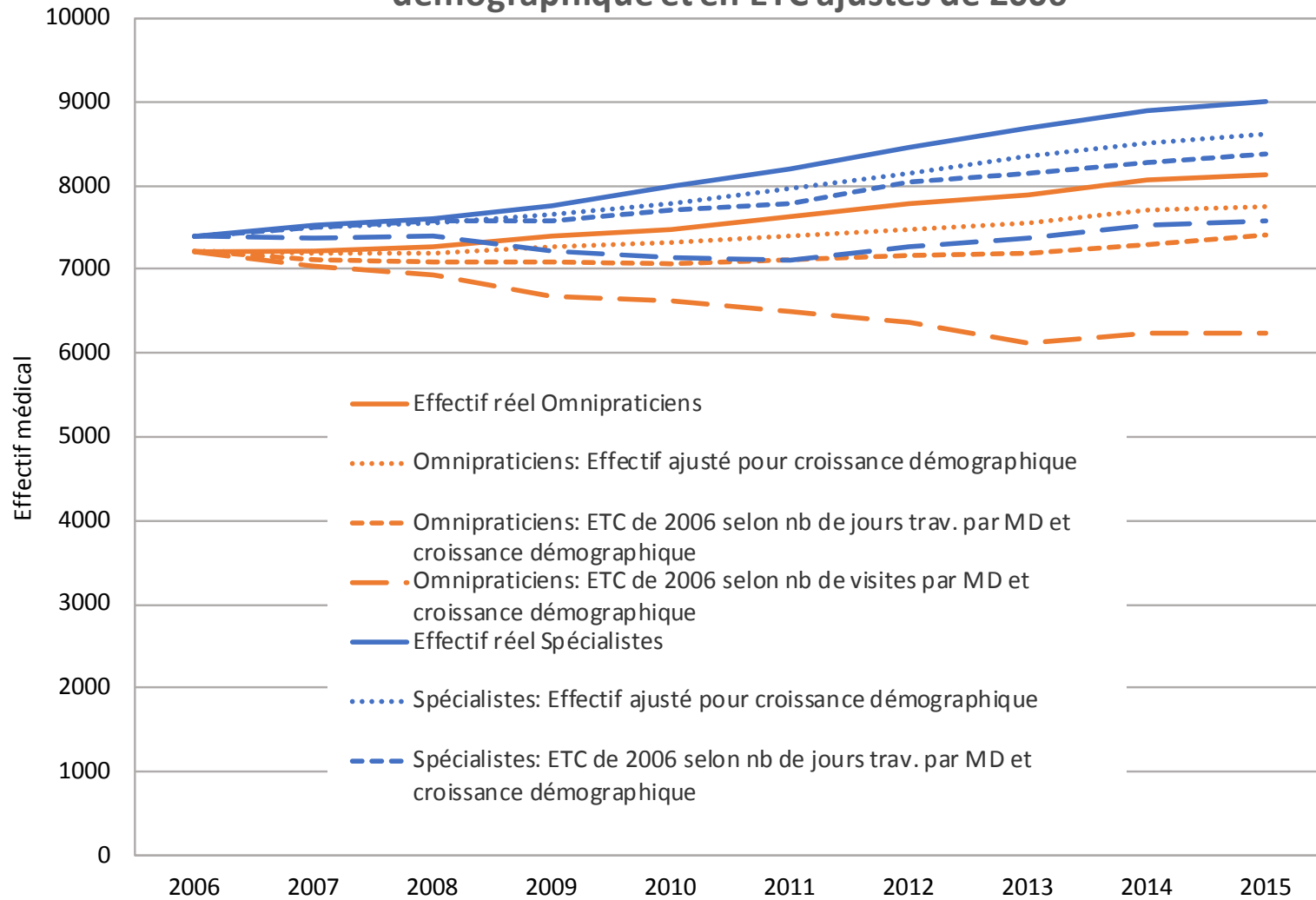
Graphique 18: Estimation du nombre moyen de jours travaillés par médecin dans le secteur public par année



Graphique 19: Nombre moyen de visites par jour travaillé par groupe de médecins



Graphique 23: Effectif médical réel, ajusté pour l'évolution démographique et en ETC ajustés de 2006



LET'S SUMMARIZE



- A whole LOT of money was invested to pay doctors.
- Most of the money went to specialists which increased the pay gap and (hu)manpower gap between groups
- The money was invested either plain FFS or incentives and bonuses
- Despite this, all production indicators point downward
- Physicians morale doesn't seem to have improved either.





“Of course your operation is ‘absolutely necessary.’ Without it, I don’t get a summer vacation.”

... AND ALSO

- Really troubling stories about income optimization and appropriateness of care
- Many hints of a powerful “crowding out” effect in physicians' values
- General disconnect between the physician compensation model and system objectives.
- Impressive disconnect between physician satisfaction and gains in compensation

RECOMMENDATIONS

1. The ministry should exert more control on the functioning of physician compensation models and restrict the level of self-regulation given to physician federations.
2. The system should rely less on FFS and more on models resting on the time worked, especially within hospitals and where the work is highly inter-professional.
3. When FFS is used, the fee schedule should aim to line up as precisely as possible to the time and effort requested.
4. Financial incentives should mostly be used to push physicians to self-organize in groups accountable for the achievement of accessibility / quality / efficiency outcomes.
5. System sustainability is currently threatened by the massive investments in physicians' compensation combined to a drop in medical production capacity. Adjustment to physician compensation models should be cost neutral.
6. Data on physician compensation rules, expenditures and outcomes should be easily available for open and transparent external analysis.

CONTACT



damien1@uvic.ca

The slides will be on: www.pocosa.ca

@faussenurse => Damien

