

# Les autres modes de paiement et la Base de données nationale sur les médecins (BDNM)



L'état des programmes canadiens d'autres modes de rémunération des médecins, 2000-2001



Institut canadien  
d'information sur la santé  
Canadian Institute  
for Health Information



**Les autres modes de paiement et la Base  
de données nationale sur les médecins  
(BDNM)**

**L'état des programmes canadiens des autres  
modes de paiement des médecins,  
2000-2001**

Tous droits réservés.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni électronique ni mécanique, incluant la photocopie et l'enregistrement, ni par aucun système de stockage et de repérage de l'information, qu'il existe actuellement ou qu'il soit inventé à l'avenir, sans avoir obtenu au préalable la permission écrite du détenteur du droit d'auteur, sauf dans le cas d'un analyste qui souhaite en citer quelques extraits brefs dans le contexte d'une critique écrite pour fin de publication dans une revue, un journal ou une radiodiffusion.

Pour toute demande de permission, communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé  
377, rue Dalhousie  
Bureau 200  
Ottawa, Ontario  
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 1-55392-148-8 (PDF)

© 2002 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title of:  
*Alternative Payments and the National Physician Database (NPDB)*  
*The Status of Alternative Payment Programs for Physicians in Canada, 2000–2001*  
ISBN 1-55392-147-X (PDF)

**Les autres modes de paiement et  
la Base de données nationale sur les médecins (BDNM)**

**Table des matières**

Avant-propos .....	i
Définitions .....	ii
Sommaire .....	iv
Les autres modes de paiement dans les provinces.....	1
Les médecins visés par les autres régimes de rémunération .....	4
Estimation des équivalents à temps plein .....	6
Information provinciale administrative sur les autres modes de paiement.....	10
Les autres modes de remboursement dans chaque province .....	11
Annexe A .....	A-1
Annexe B .....	B-1



## Avant-propos

Ceci est le deuxième rapport de l'ICIS sur les autres modes de paiement aux médecins qui exercent au Canada. Le rapport de cette année met à jour et, dans la mesure du possible, développe l'information présentée dans le premier rapport publié en octobre 2001<sup>1</sup>.

En 1999-2000, parmi les activités de l'ICIS qui ont pour but d'améliorer la disponibilité de l'information sur les ressources humaines de la santé, on a demandé à l'ICIS de produire un rapport sur l'état des programmes de financement et des autres modes de paiement au Canada. Ce rapport a été préparé pour aider l'ICIS à développer des plans pour la collecte de données sur les services médicaux qui sont assurés par les provinces et les territoires et rémunérés au moyen d'autres modes de paiement plutôt qu'à l'acte. Les objectifs étaient les suivants :

1. Documenter les autres régimes de rémunération des médecins et les autres modes de financement au Canada.
2. Quantifier les dépenses faites en vertu des autres régimes de rémunération.
3. Évaluer l'impact des autres régimes de rémunération sur l'intégralité et la qualité des données que renferme la BDNM.
4. Documenter l'information recueillie par chaque province sur l'utilisation et les paiements versés dans le cadre des autres régimes de rémunération.
5. Élaborer des stratégies et des recommandations visant à incorporer les autres modes de paiement dans la BDNM.

Les représentants provinciaux du Groupe d'experts de l'ICIS sur les bases de données sur les médecins (voir annexe A) sont les sources principales de données du rapport. Les représentants provinciaux ont collaboré avec des collègues chargés de responsabilités spécifiques auprès des régimes des autres modes de paiement afin de garantir une information statistique et descriptive aussi précise que possible. L'information fournie par les représentants provinciaux a été complétée par des entrevues privées menées par le département de l'ICIS des ressources humaines de la santé.

Les données de ce rapport reflètent l'état des régimes des autres modes de paiement en 2000-2001. Des mises à jour additionnelles sont prévues dans les années à venir.

---

<sup>1</sup> *Autres modes de paiement et la Base de données nationale sur les médecins. L'état des programmes canadiens d'autres modes de rémunération des médecins, 1999-2000.* ICIS, Ottawa, octobre 2001.

## Définitions

Les *autres modes de paiement* sont d'autres façons possibles de rémunérer les médecins plutôt que de les rémunérer à l'acte.

Les *autres régimes de rémunération* sont les arrangements pris pour rémunérer les médecins au moyen d'autres modes de paiement. Les médecins salariés qui pratiquent dans les régions insuffisamment desservies en sont un exemple.

Les *autres modes de financement* sont les méthodes autres que la rémunération à l'acte utilisées pour financer les services cliniques (p. ex. les plans de pratique ou les centres médicaux universitaires) ou les programmes particuliers. L'agence qui reçoit le financement doit déterminer le genre de paiement et la somme remise aux médecins individuels.

Les *services cliniques* dont fait état la BDNM comprennent les soins médicaux fournis par tous les spécialistes sauf les radiologues et les pathologues (ces deux spécialités ne sont pas actuellement incorporées à la BDNM).

La *rémunération à l'acte pour les services cliniques* : le paiement des réclamations soumises pour les services individuels.

Les *autres paiements cliniques* : Tous les paiements pour les *services cliniques* fournis par les médecins qui ne sont pas remboursés au moyen de la rémunération à l'acte. Les classifications varient selon la province.

*Salariés* : Les médecins qui touchent un salaire.

*Vacation* : Les paiements versés selon des tarifs horaires ou quotidiens. Certaines provinces les utilisent pour financer des services fournis en salle d'urgence à l'hôpital, en clinique psychiatrique et en clinique rurale.

*Capitation* : Les paiements mensuels pour les clients inscrits à la liste d'une pratique collective.

*Financement global* : Les budgets annuels négociés pour un groupe de médecins; généralement associé à un centre médical universitaire.

*Contractuel et pondéré* :

1. Le financement accordé aux conseils régionaux pour les services cliniques en vertu d'ententes laissant aux conseils la discrétion quant à l'utilisation spécifique des fonds.
2. Les paiements contractuels.
3. Les arrangements de paiement qui comprennent les autres modes de paiement ainsi que la rémunération à l'acte.

*Psychiatrie* : Certaines provinces ont des programmes qui fournissent des services psychiatriques dont le financement est axé sur un mélange de salaire, de paiements par vacation et de paiements contractuels.



*Zones nordiques et insuffisamment desservies* : Le financement des programmes provinciaux pour assurer l'offre de service dans les zones nordiques ou insuffisamment desservies. Ces programmes peuvent réunir plusieurs autres modes de paiement. Là où les provinces ont signalé avoir financé des programmes pour les zones insuffisamment desservies, les autres modes de paiement n'ont pas été ventilés par catégorie.

*Service d'urgence et de disponibilité* : Les autres modes de paiement pour les services offerts en salle d'urgence ou pour les médecins en service de disponibilité en zone rurale. Ces paiements peuvent venir s'ajouter à la rémunération à l'acte ou carrément la remplacer.

#### Les paiements non cliniques — non inclus dans la BDNM

*Incitatifs ruraux* : Des encouragements spéciaux visant à stimuler les programmes de remplaçants et les services offerts dans les régions insuffisamment desservies. Les incitatifs viennent s'ajouter aux paiements offerts pour les services cliniques. Ils comprendraient les frais de déménagements, les primes de recrutement ou de rétention, etc.

*Paiements hospitaliers* : Le financement accordé aux régions ou aux hôpitaux pour la radiologie et la pathologie. Cette catégorie peut aussi inclure le financement des médecins-chefs en clinique, les médecins-conseils en santé publique et les programmes de lutte contre le cancer et la tuberculose dans certaines provinces.

*Avantages* : Les contributions provinciales versées à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et pour financer le perfectionnement professionnel des médecins.

## Sommaire

Ce rapport offre une mise à jour de l'information sur les autres modes de paiement publiée en octobre 2001. Le rapport de 2001 contient des sections sur l'information de base, l'information sur le développement des systèmes sur la BDNM et sur l'information historique des tendances de paiement. La publication de cette année est axée sur la mise à jour des données présentées l'an dernier. Les lecteurs peuvent consulter la publication antérieure afin d'obtenir de l'information supplémentaire<sup>2</sup>.

Les autres modes de paiement ont augmenté modestement en 2000-2001, poursuivant la tendance évidente au cours des années 90. Les autres modes de paiement en 2000-2001 représentaient approximativement 1,3 milliard de dollars — 10,9 % de la valeur des services médicaux cliniques dans les dix provinces. Le pourcentage des autres modes de paiement varie considérablement d'une province à l'autre, passant d'un faible pourcentage de 2,5 % en Alberta à un pourcentage élevé de 29,0 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

En 2000-2001, plus de 28 % des 57 622 médecins du Canada ont reçu certaines rémunérations provenant des autres modes de paiement pour des soins cliniques. Le pourcentage des médecins qui ont été rémunérés presque entièrement par d'autres modes de paiement est estimé à approximativement 6,7 %. La province de Terre-Neuve-et-Labrador affiche le pourcentage le plus élevé de médecins rémunérés presque entièrement par d'autres modes de paiement (27,7 %).

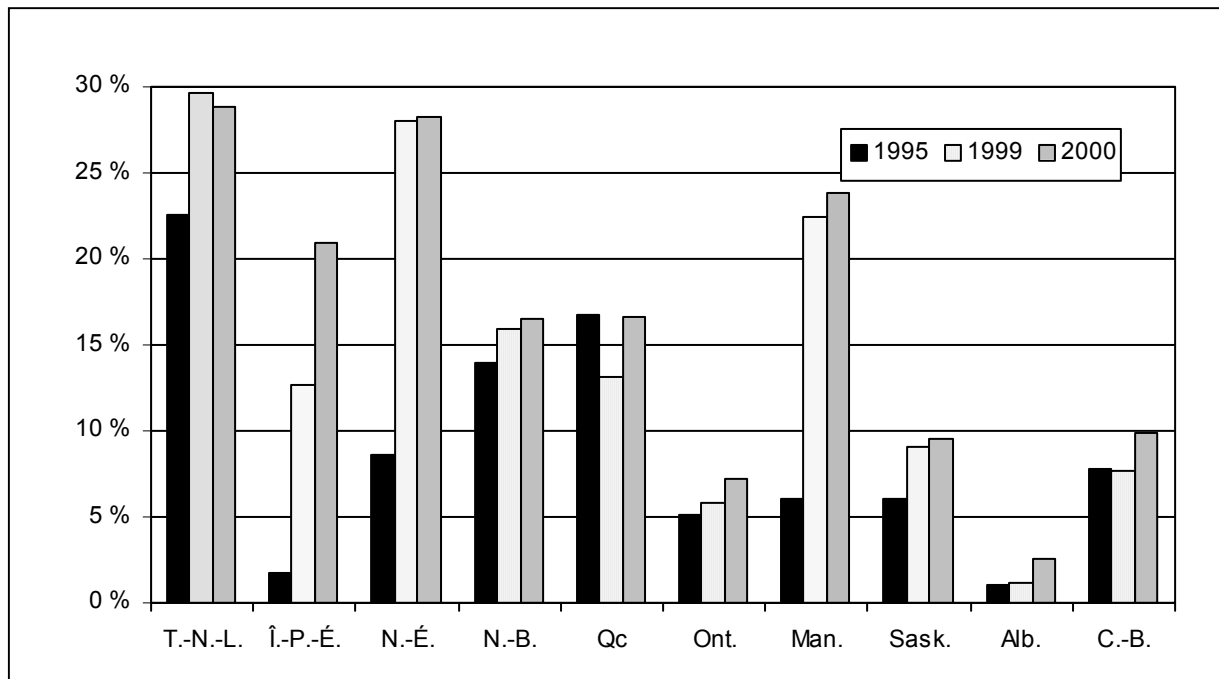
Les médecins équivalents à temps plein (ÉTP) rémunérés au moyen des autres modes de paiement représentent 9,0 % du total des ÉTP. La Nouvelle-Écosse possède le pourcentage le plus élevé des ÉTP rémunérés au moyen des autres modes de paiement (26,4 %). Le Québec, l'Ontario et le Manitoba affichent les ratios les plus élevés d'ÉTP par 100 000 habitants lorsque les ÉTP rémunérés à l'acte et ceux au moyen des autres modes de paiement sont combinés (171, 169 et 159 par 100 000 habitants respectivement).

---

<sup>2</sup> *Autres modes de paiement et la Base de données nationale sur les médecins. L'état des programmes canadiens d'autres modes de rémunération des médecins, 1999-2000.* ICIS, Ottawa, octobre 2001.

## Les autres modes de paiement dans les provinces

À l'échelle nationale, les autres modes de rémunération représentent 10,9 % des paiements versés pour les services médicaux cliniques rapportés dans la BDNM. (Les services cliniques rapportés dans la BDNM comprennent les soins médicaux fournis par tous les spécialistes sauf en radiologie et en pathologie.) Terre-Neuve-et-Labrador a affiché le pourcentage le plus élevé des autres modes de paiement, suivi de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba (figure 1, tableau 1). Presque toutes les provinces ont affiché des hausses relativement modestes de 1999 à 2000. L'information a été obtenue directement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario à partir de 2000, et les données de 1999 peuvent avoir sous-estimé les autres modes de paiement.



**Figure 1. Les autres modes de paiement clinique des médecins en tant que pourcentage du total des paiements cliniques, 1995, 1999 et 2000**

Le tableau 1 regroupe les autres modes de paiement pour les services cliniques et montre aussi les différentes formes de rémunération des médecins qui ne sont pas versées pour les services cliniques rapportés dans la BDNM. Dans certains cas, ces autres catégories peuvent renfermer des sommes relativement petites pour les services cliniques. Le tableau 2 fournit des détails sur différentes catégories des autres modes de paiement utilisés par les provinces.

Les gouvernements provinciaux et les sociétés médicales adoptent différentes approches envers le financement des programmes particuliers ou des dépenses médicales. Les approches de financement reflètent aussi des tentatives d'aborder les inégalités perçues de la rémunération à l'acte ou des nouvelles approches envers la prestation de services. Dans certains cas, les provinces choisissent une approche pragmatique envers le financement de projets spécifiques et combinent le financement réservé aux autres modes de rémunération avec une enveloppe budgétaire existante. Par exemple, le financement des conseils régionaux peut être augmenté pour y inclure les projets de soins primaires.

### **Boîte 1 – Notes provinciales au sujet des paiements cliniques et non-cliniques**

Les *autres modes de paiement cliniques* du tableau 1 comprennent le salaire, la rémunération à la vacation, la capitation, les services contractuels et le financement global (voir le tableau 2 et les définitions au début du présent rapport pour obtenir les détails). Pour améliorer la comparabilité, les programmes des zones nordiques et insuffisamment desservies sont aussi compris dans les paiements cliniques.

Plusieurs provinces ont rehaussé les autres modes de paiement pour les services en salle d'urgence ou pour les médecins en service de disponibilité en zone rurale. Les paiements rehaussés ont été regroupés avec les paiements cliniques où ils sont liés à la prestation des services. Les arrangements peuvent varier : par exemple, au Manitoba les autres modes de paiement sont utilisés comme supplément aux rémunérations à l'acte pour les services d'urgence et pour les services de garde dans les hôpitaux d'enseignement de Winnipeg, tandis qu'ils remplacent la rémunération à l'acte dans les zones rurales et dans les hôpitaux communautaires urbains. Au Nouveau-Brunswick, des primes spéciales de disponibilité viennent s'ajouter à la rémunération conventionnelle pour les services d'urgence (qui est versée sous forme d'un autre mode de paiement). En Saskatchewan, la couverture des paiements de secours de la médecine générale en région éloignée, sur appel et pendant les fins de semaine est facturée comme la rémunération à l'acte.

Les *incitatifs ruraux* sont des encouragements spéciaux intégrés aux programmes de services aux régions insuffisamment desservies et aux programmes de remplaçants. En Saskatchewan, les incitatifs ruraux et en région éloignée sont distribués par la *Saskatchewan Medical Association*. La Colombie-Britannique a des ententes auxiliaires pour une meilleure rémunération dans certaines zones rurales.

Les *paiements hospitaliers* comprennent surtout les paiements versés aux régions ou aux hôpitaux pour les services de radiologie et de pathologie fournis en milieu hospitalier. La catégorie peut aussi inclure des quantités plutôt faibles de financement pour les postes d'ÉTP salariés à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan (c.-à-d. le financement global versé au *Saskatchewan College of Medicine* pour les départements de gériatrie et de médecine familiale payé à travers le Fonds de Services cliniques et pour les anesthésistes obstétriques et les neurochirurgiens en milieu universitaire). Dans ce sens, cela pourrait comprendre certains soins cliniques transférés de la rémunération à l'acte.

Les *avantages* comprennent les contributions par les provinces pour l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et pour la formation médicale continue. En Colombie-Britannique, cette catégorie comprend également de l'assurance invalidité et des contributions provinciales versées au fond de retraite des médecins. Cette information n'était pas incluse dans la demande auprès des provinces aux fins de ce rapport, mais elle a été comprise pour les provinces en mesure de fournir les données.

**Tableau 1. Sommaire des paiements médicaux par catégorie de paiement et par province, exercice 2000-2001, (000 \$)**

**1. Clinique (BDNM)**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Toutes les provinces
Rémunération à l'acte	116 490	28 689	225 492	168 619	1 999 591	4 558 401	324 230	275 950	963 780	1 650 553	10 311 796
	71,2 %	79,1 %	71,7 %	83,5 %	83,4 %	92,8 %	76,2 %	90,5 %	97,5 %	90,1 %	89,1 %
Autres modes de paiement cliniques	47 201	7 600	88 855	33 314	398 162	355 674	101 320	29 024	25 214	181 122	1 267 486
	28,8 %	20,9 %	28,3 %	16,5 %	16,6 %	7,2 %	23,8 %	9,5 %	2,5 %	9,9 %	10,9 %
Sous-total clinique	163 691	36 289	314 348	201 933	2 397 753	4 914 076	425 550	304 974	988 994	1 831 675	11 579 283

**2. Non-clinique**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Toutes les provinces
Incentifs ruraux								1 640	1 496	5 792	8 927
Médecins en milieu hospitalier	5 924		30 485	28 403		6 500	18 363	53 706	21 208		164 589
Avantages	1 548	797	8 849	4 345		66 689		7 030	21 718	65 886	176 862
Sous-total non clinique	7 471	797	39 334	32 747		73 189	18 363	62 376	44 422	71 678	350 378
<b>Total des paiements</b>	<b>171 162</b>	<b>37 086</b>	<b>353 682</b>	<b>234 680</b>	<b>2 397 753</b>	<b>4 987 264</b>	<b>443 913</b>	<b>367 350</b>	<b>1 033 416</b>	<b>1 903 353</b>	<b>11 929 660</b>

Note : Les données manquantes indiquent soit aucune rémunération ou des détails insuffisants pour la répartition des paiements dans certaines catégories.

Sources : Les estimations de toutes les provinces ont été rapportées par les représentants provinciaux membres du Groupe d'experts de la BDNM sur les Bases de données de médecins.

**Tableau 2. Estimations pour les autres paiements cliniques par catégorie de paiement et par province, exercice 2000-2001, (000 \$)**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Toutes les provinces
Salaire	42 517		9 633	13 255	64 865		3 193			8 830	142 294
Vacation	1 561		1 543	15 805	175 362		3 350			47 380	245 002
Capitation							0			3 093	3 093
Financement global	3 122		41 657				0	4 658			49 437
Psychiatrie			13 764				6 587	6 762			27 113
Contractuel, pondéré, non spécifié		7 600		1 902	157 935	341 441	36 279	14 759	13 614	82 269	655 798
Zones nordiques et insuffisamment desservies						14 234	26 762	2 844		31 233	75 073
Service d'urgence et de disponibilité			22 258	2 352			25 149		11 600	8 317	69 676
<b>Total</b>	<b>47 201</b>	<b>7 600</b>	<b>88 855</b>	<b>33 314</b>	<b>398 162</b>	<b>355 674</b>	<b>101 320</b>	<b>29 024</b>	<b>25 214</b>	<b>181 122</b>	<b>1 267 486</b>

Note : Les catégories « contractuel » et « pondéré » incluent :

- Un programme spécial de rémunération pondérée au Québec pour les spécialistes, introduit à la fin de 1999. Le financement accordé aux conseils régionaux pour les programmes hospitaliers (y compris les services d'urgence) à l'Île-du-Prince-Édouard, au Manitoba et en Saskatchewan.
- Les paiements contractuels au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan.
- Les ententes de service en Colombie-Britannique.
- La catégorie « non spécifié » comprend certains paiements non répartis, p. ex. l'Ontario a un financement global et d'autres formes des autres modes de rémunération.

Les données manquantes indiquent soit aucune rémunération ou des détails insuffisants pour la répartition des paiements dans certaines catégories.

Sources : Les estimations de toutes les provinces ont été rapportées par les représentants provinciaux membres du Groupe d'experts de la BDNM sur les Bases de données de médecins.

## Les médecins visés par les autres régimes de rémunération

Au Canada, plus de 28 % des médecins ont été rémunérés pour les services assurés sous forme des autres modes de paiement en 2000-2001. Le pourcentage passe de moins de 3 % en Alberta à 70 % au Manitoba (tableau 3). Bon nombre de médecins ayant reçu une forme d'un autre mode de paiement ont également été rémunérés à l'acte ou par d'autres types d'autres modes de paiement.

Le nombre de médecins ayant été rémunérés principalement au moyen des autres modes de paiement a été estimé pour chacune des provinces à l'aide de plusieurs méthodes, selon le degré d'information de la province en question. L'intention était d'estimer le nombre pour qui « *presque tout* » le revenu clinique de source provinciale avait été obtenu au moyen des autres modes de financement<sup>3</sup>. En interprétant ces données, il est important de souligner qu'il était impossible d'appliquer un seul critère à toutes les provinces.

<sup>3</sup> Les autres modes de financement signifient la façon dont les services cliniques étaient financés par les gouvernements provinciaux, non la façon dont les médecins ont été payés individuellement.

Au palier national, presque 7 % des médecins ont reçu des paiements, surtout au moyen des autres modes de paiement (tableau 3). Terre-Neuve-et-Labrador a affiché le pourcentage le plus élevé, reflétant la tendance chez les omnipraticiens en zone rurale d'être rémunérés selon des ententes salariales. La Nouvelle-Écosse se classe au deuxième rang et l'Île-du-Prince-Édouard, au troisième. En Nouvelle-Écosse, un nombre relativement élevé de médecins exercent selon des arrangements de financement global, tandis qu'à l'Île-du-Prince-Édouard, un certain nombre de spécialistes touchent un salaire. Dans les autres provinces, moins de 10 % du total des médecins reçoivent surtout les autres modes de paiement.

**Tableau 3. Nombre total des médecins et des médecins ayant reçu d'autres modes de paiement, par province, exercice 2000-2001**

	Total des médecins	Nombre de médecins rémunérés par d'autres modes de paiement	Pourcentage du total des médecins rémunérés par d'autres modes de paiement	Nombre de médecins rémunérés principalement par d'autres modes de paiement	Pourcentage du total de médecins rémunérés principalement par d'autres modes de paiement
<b>T.-N.-L.</b>	941	448	47,6 %	261	27,7 %
<b>Î.-P.-É.</b>	223	103	46,0 %	36	16,1 %
<b>N.-É.</b>	1 988	1 205	60,6 %	336	16,9 %
<b>N.-B.</b>	1 355	673	49,7 %	80	5,9 %
<b>Qc</b>	14 670	6 220	42,4 %	1 053	7,2 %
<b>Ont.</b>	21 730	3 527	16,2 %	1 057	4,9 %
<b>Man.</b>	2 193	1 535	70,0 %	173	7,9 %
<b>Sask.</b>	1 565	199	12,7 %	92	5,9 %
<b>Alb.</b>	5 014	140	2,8 %	75	1,5 %
<b>C.-B.</b>	7 943	2 165	27,3 %	683	8,6 %
<b>Toutes les provinces</b>	57 622	16 215	28,1 %	3 846	6,7 %

Note : Chaque année, les provinces signalent le nombre total de médecins à l'ICIS. Le nombre signalé reflète généralement les médecins inscrits aux régimes provinciaux d'assurance-maladie et peut dépasser le nombre de médecins réellement rémunérés. Le nombre de médecins qui reçoivent d'autres modes de paiement a été estimé à partir de ces rapports annuels (le nombre total de médecins moins le pourcentage uniquement rémunéré à l'acte) à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et au Manitoba. Dans d'autres provinces, l'information reçue aux fins du présent rapport a permis d'arriver à un calcul plus précis.

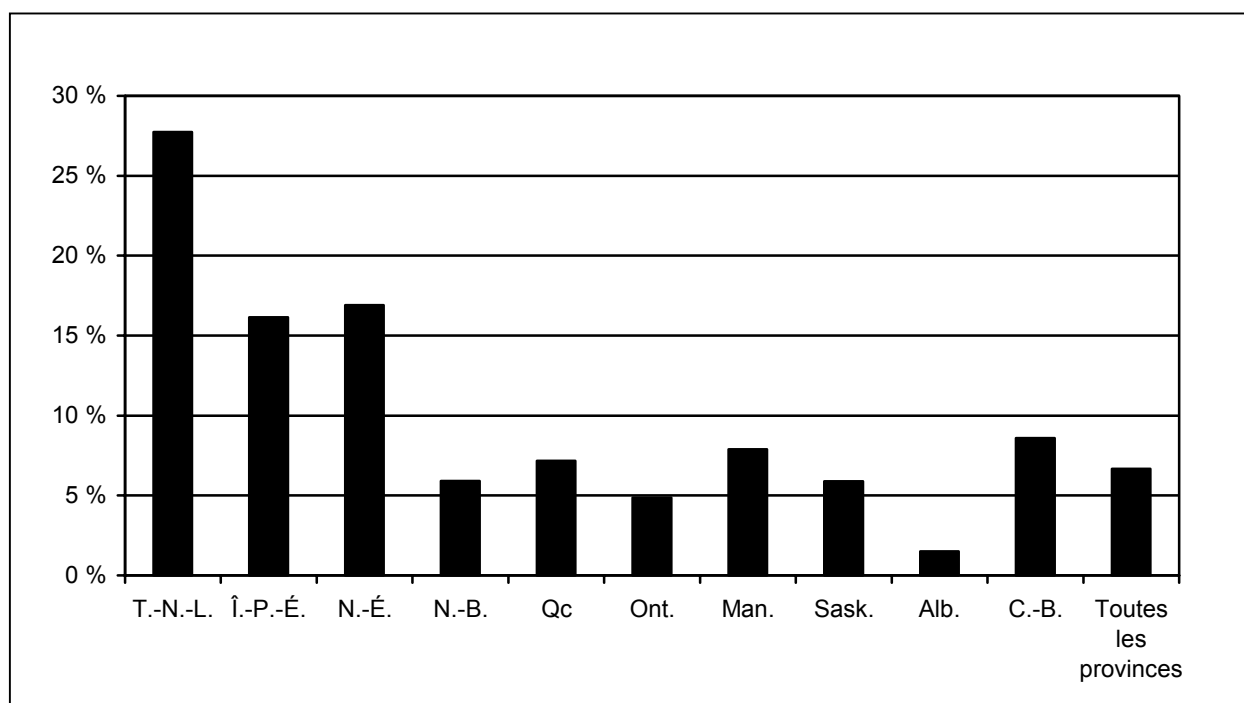


Figure 2. Pourcentage des médecins cliniques rémunérés principalement par d'autres modes de paiement, par province, 2000-2001

## Estimation des équivalents à temps plein

Une estimation approximative des ÉTP qui reçoivent d'autres modes de paiement est illustrée au tableau 4. De façon générale, environ 4 400 des ÉTP constituent les activités médicales financées par les autres modes de paiement. Les ÉTP rémunérés au moyen des autres modes de paiement représentent environ 9,0 % du total estimé des ÉTP au Canada. Les ÉTP financés par les autres modes de paiement se situent à environ un peu plus d'un pourcent du total des ÉTP en Alberta, à environ 26 % en Nouvelle-Écosse. Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec et le Manitoba possèdent de 16 % à 18 % des médecins ÉTP financés par d'autres modes de paiement.

Lorsqu'on combine les ÉTP rémunérés à l'acte et au moyen des autres modes de paiement, la distribution de médecins par 100 000 habitants est différente de celle que l'on observe lorsqu'on n'inclut que les médecins rémunérés à l'acte (tableau 5, figure 3). Le Québec et l'Ontario possèdent 171 et 169 ÉTP rémunérés à l'acte par 100 000 habitants, suivi du Manitoba avec 159. Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique forment le deuxième rang à l'échelle provinciale avec de 148 à 154 ÉTP par 100 000 habitants. Les quatre provinces restantes affichent entre 131 et 141 ÉTP par 100 000 habitants.



**Tableau 4. Estimation des ÉTP rémunérés par les autres modes de paiement par province, exercice 2000-2001**

	Équivalents à temps plein			Distribution	
	Rémunération à l'acte	Autres modes de paiement	Total	Rémunération à l'acte	Autres modes de paiement
<b>T.-N.-L.</b>	662	134	796	83.2%	16.8%
<b>Î.-P.-É.</b>	162	21	183	88.3%	11.7%
<b>N.-É.</b>	1,060	380	1,440	73.6%	26.4%
<b>N.-B.</b>	903	83	985	91.6%	8.4%
<b>Qc</b>	10,561	2,027	12,589	83.9%	16.1%
<b>Ont.</b>	19,058	744	19,802	96.2%	3.8%
<b>Man.</b>	1,485	329	1,814	81.9%	18.1%
<b>Sask.</b>	1,314	124	1,439	91.4%	8.6%
<b>Alb.</b>	4,118	54	4,172	98.7%	1.3%
<b>C.-B.</b>	5,716	536	6,252	91.4%	8.6%
<b>Toutes les provinces</b>	45,039	4,432	49,470	91.0%	9.0%

Note : Tel que précisé dans la boîte 2, les estimations sur les ÉTP utilisent les documents *Rapport sur les médecins équivalents à temps plein, Canada, 1999-2000 et 2000-2001* et *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 1999-2000 et 2000-2001* de l'ICIS. Les séries de données pertinentes de ces rapports sont présentées dans l'annexe B, tableaux B1 et B2.

Dans le cadre de ce rapport, les ÉTP rémunérés au moyen des autres modes de paiement sont estimés à partir de données fournies par les provinces.

**Tableau 5. Total estimé des ÉTP par 100 000 habitants, par catégorie de paiement et par province, exercice 2000-2001**

	ÉTP par 100 000 habitants			Habitants par ÉTP
	Rémunération à l'acte	Autres modes de paiement	Total	
<b>T.-N.-L.</b>	123	25	148	674
<b>Î.-P.-É.</b>	117	16	133	754
<b>N.-É.</b>	114	41	154	649
<b>N.-B.</b>	120	11	131	762
<b>Qc</b>	143	27	171	586
<b>Ont.</b>	162	6	169	592
<b>Man.</b>	130	29	159	630
<b>Sask.</b>	129	12	141	708
<b>Alb.</b>	137	2	139	722
<b>C.-B.</b>	141	13	154	649
<b>Toutes les provinces</b>	147	14	161	621

Note : Les estimations des médecins ÉTP par 100 000 habitants sont tirées des estimations démographiques nettes du Canada, par province (2000) de Statistique Canada (voir l'annexe B, tableau B3).

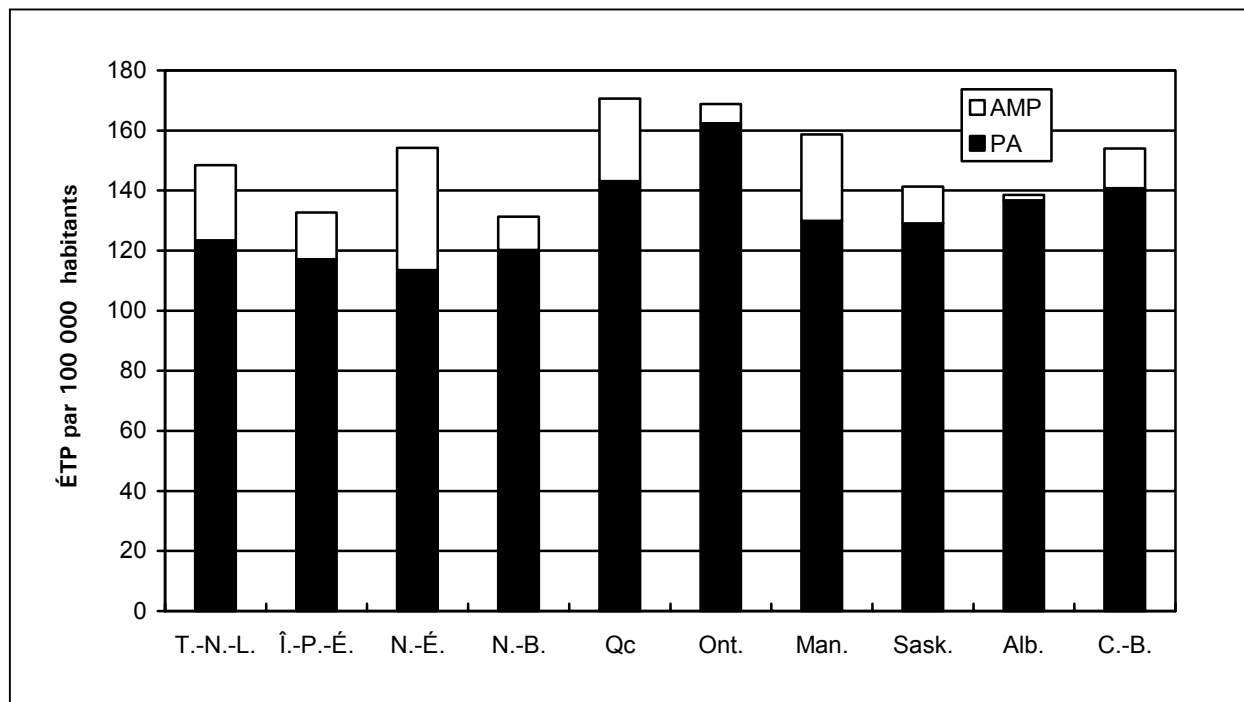


Figure 3. Total des ÉTP par 100 000 habitants, par catégorie de paiement et par province, exercice 2000-2001

## Boîte 2 — Estimation des ÉTP rémunérés à l'acte et participant aux autres régimes de rémunération

### Rémunération à l'acte

La méthodologie de l'ICIS pour les ÉTP calcule les niveaux de paiement repères versés aux médecins dans chacune des 18 spécialités au cours d'une année de référence. Les médecins dont le taux de rémunération tombe sous le niveau de repère inférieur sont comptés en tant qu'une fraction d'un ÉTP, ceux qui se situent entre les niveaux de repère inférieur et supérieur ont été comptés en tant qu'un ÉTP, et ceux qui se situent au-dessus du niveau de repère supérieur sont comptés à l'aide d'une courbe logarithmique. Environ 40 % des médecins se situent sous le niveau de repère inférieur, 20 % sont entre les deux niveaux de repère et 40 % se situent au-dessus du niveau de repère supérieur au cours de l'année de référence. Pour les années subséquentes, les niveaux de repère sont indexés selon la fluctuation des honoraires, et les comptes d'ÉTP sont recalculés.

### Les autres modes de paiement

Trois critères ont servi à estimer les ÉTP participant aux autres régimes de rémunération. Le choix de critères dépendait de la disponibilité de l'information :

1. Les comptes actuels d'ÉTP financés aux fins de programmes particuliers ont servi là où ces données étaient disponibles. En Nouvelle-Écosse, la majorité des ÉTP sont visés par des arrangements de financement global et le statut des ÉTP est fondé sur la méthodologie de l'ICIS. Le Manitoba et la Saskatchewan financent les ÉTP dans les régions du Nord et pour certains des programmes administrés par les conseils régionaux.
2. Là où les médecins ont surtout été rémunérés au moyen des autres modes de financement, les sommes versées ont été divisées par la moyenne payée par les ÉTP omnipraticiens, les médecins de famille ou par les médecins spécialistes. Les dénominateurs de ces calculs sont tirés du document *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 1999-2000 et 2000-2001* de l'ICIS (voir annexe B, tableau B2). Cette méthode a servi en Nouvelle-Écosse pour la psychiatrie institutionnelle, au Québec pour les médecins qui sont surtout rémunérés au moyen des autres modes de financement et en Colombie-Britannique pour les médecins qui sont rémunérés par un autre mode de paiement pondéré ou non précisé.
3. Une estimation proportionnelle a été utilisée pour tous les autres programmes. Les proportions, calculées en divisant les autres modes de paiement par la rémunération à l'acte en utilisant les chiffres inscrits au tableau 1, ont été appliquées aux nombres de médecins ÉTP rémunérés à l'acte afin d'estimer les ÉTP rémunérés par d'autres modes de paiement. Les dénombrements des médecins ÉTP rémunérés à l'acte sont tirés du *Rapport sur les médecins équivalents à temps plein, Canada, 1999-2000 et 2000-2001* de l'ICIS (voir annexe B, tableau B1). Les estimations obtenues ont été réduites de moitié, car on croit qu'au moins la moitié des autres modes de paiement seraient envoyés aux médecins qui dépassent déjà les niveaux de repère inférieurs de la rémunération à l'acte des ÉTP.

Il n'est pas possible de calculer des estimations précises à partir de données agrégées puisque les ÉTP sont calculés à partir de données sur chaque médecin. Pour obtenir un dénombrement précis, il faudrait combiner les données individuelles pour tous les modes de paiement puisque les ÉTP des différents modes de paiement ne sont pas additifs étant donné que les médecins dont les paiements se situent entre les points de repère sont représentés par un ÉTP et que ceux qui se situent au-dessus du point de repère sont comptés au moyen d'une courbe logarithmique. Cependant, les estimations agrégées demeurent utiles puisqu'elles permettent de mieux comprendre les effets des estimations des ÉTP rémunérés au moyen d'autres modes de paiement sur l'offre globale en médecins.

## **Information provinciale administrative sur les autres modes de paiement**

Les provinces n'ont pas suivi d'approches uniformes envers la déclaration des services visés par les programmes d'autres modes de paiement. Au Québec, la facturation pro forma (soit l'utilisation de l'ensemble entier des codes du barème d'honoraires provincial) est privilégiée pour tous les services. La facturation pro forma est prévalente en Nouvelle-Écosse quoique la portée de la déclaration peut varier, surtout dans le cas des soins d'urgence en zone rurale. La Saskatchewan utilise la facturation pro forma pour certains programmes et a développé une série de codes d'information pour saisir l'information associée aux médecins de famille visés par les autres modes de paiement. Les médecins du Nouveau-Brunswick qui sont passés de la rémunération à l'acte aux contrats des autres modes de paiement utilisent maintenant la facturation pro forma. La facturation pro forma existe à l'Île-du-Prince-Édouard, qui envisage élargir son utilisation dans le cadre de négociations provinciales des honoraires. Au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, la responsabilité de la rémunération à l'acte et des autres modes de paiement a tendance à être centralisée au sein des ministères de la Santé, une circonstance qui facilite l'établissement de politiques conjointes au sein d'une province pour la collecte d'information sur la rémunération à l'acte et les différents modes de paiement.

L'Ontario et les provinces de l'Ouest utilisent la facturation pro forma sous certaines formes pour certains programmes, mais aucune d'entre elles n'a de politiques qui exigent la collecte d'information à partir du régime d'autres modes de paiement selon une formule normalisée. La responsabilité des régimes individuels des autres modes de paiement a tendance à être répartie dans différentes sections au sein des ministères de la Santé. Dans la plupart des provinces, chaque unité administrative est responsable de fixer ses propres exigences en matière d'information.

## Les autres modes de remboursement dans chaque province

Cette section donne des détails sur les autres modes de remboursement dans chacune des provinces. Il s'agit d'une version révisée d'une section du rapport paru en 1996 intitulé *Alternative Payment Programs and Data Collection*.

### Terre-Neuve-et-Labrador

Les salariés : Approximativement 40 % des médecins salariés sont des omnipraticiens et le 60 % restant sont des médecins spécialistes. Les omnipraticiens associés aux hôpitaux de collectivités rurales, en majorité à l'extérieur de la presqu'île Avalon, touchent un salaire. Les médecins salariés sont employés par les conseils régionaux de santé et financés par le *Medical Care Plan* (MCP). Bien que les transferts entre la rémunération à l'acte et les autres modes de paiements ne soient pas restreints, l'entente la plus récente entre le MCP et la *Newfoundland Medical Association* (NMA) permet aux médecins de devenir des salariés des conseils régionaux s'ils le souhaitent. Plusieurs médecins universitaires ont choisi de le faire.

Le salaire a été le modèle prédominant des médecins ruraux pour deux raisons : (1) l'exercice au sein de collectivités relativement petites rendent la rémunération au moyen des autres modes de paiement alléchante, plus particulièrement pour les médecins spécialistes; et (2) bon nombre de médecins ruraux sont des diplômés de l'étranger et ne sont pas entièrement autorisés à pratiquer au Canada — ils n'ont donc pas le droit d'être rémunérés à l'acte. Les diplômés internationaux en médecine qui exercent sous d'autres régimes peuvent transférer à la rémunération à l'acte une fois qu'ils répondent entièrement aux exigences des études en médecine au Canada.

La vacation : La rémunération à la vacation est une option que peuvent choisir les médecins rémunérés à l'acte et qui font partie du personnel d'urgence à l'hôpital. Les médecins qui travaillent de nuit ont tendance à préférer la vacation. La rémunération à la vacation est aussi reliée à la prestation de soins spécialisés, comme dans les cliniques de diabète, de fibrose kystique et de consultation en génétique.

Le financement global : Les arrangements de financement global existent pour les cardiopathies, certains services d'anesthésie et de chirurgie pédiatrique. Ces arrangements définissent des montants des services prescrits au sein des groupes de spécialités médicales.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : Pour l'instant, la capitation n'est pas utilisée comme forme de rémunération.

La collecte d'information : Les autres modes de paiement versés aux médecins individuels ne sont pas déclarés dans la base de données provinciale.

## **Île-du-Prince-Édouard**

Les salariés : L'Île-du-Prince-Édouard a des médecins en milieu hospitalier salariés et spécialisés en médecine interne, en pédiatrie, en médecine physique, en oncologie, en oncoradiologie ainsi qu'en laboratoire.

La vacation : Le remboursement à la vacation est utilisé pour la médecine d'urgence.

Le financement global : Le financement global est utilisé dans les deux plus gros établissements de l'Île-du-Prince-Édouard afin de rémunérer les urgentologues à l'heure.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : La capitation ne sert pas à financer les soins primaires.

La collecte d'information : Certains médecins salariés utilisent la facturation *pro forma*.

## **Nouvelle-Écosse**

Les salariés : Environ 30 des psychiatres qui pratiquent dans les centres ou les hôpitaux provinciaux de santé mentale sont à salaire. Cependant, la plupart des médecins dans ces centres sont rémunérés à la vacation. Dans certains cas, les omnipraticiens ruraux peuvent négocier des ententes salariales. Les garanties du revenu sont aussi disponibles comme volet d'un programme d'encouragement pour les omnipraticiens dans les zones désignées insuffisamment desservies. Environ 35 à 40 omnipraticiens pratiquent selon les modalités de l'une entente rurale ou d'une autre.

Les paiements pour les services d'urgence ou de disponibilité en zone rurale : Vers la fin des années 1990, la province a accepté de verser des paiements forfaitaires aux médecins qui travaillent en salle d'urgence rurale ou qui fournissent des services de disponibilité là où il n'existe pas de service d'urgence. Selon un service de disponibilité de rotation de trois médecins, ces programmes fournissent aux médecins admissibles jusqu'à 145 000 \$ par année. Dans la majorité des cas, il y a plus de trois médecins dans chacun des groupes du service de disponibilité. Presque tous les médecins qui reçoivent ces paiements ont aussi des pratiques rémunérées à l'acte dans leurs collectivités.

La vacation : La plupart des médecins qui fournissent des services aux centres provinciaux de santé mentale sont visés par des ententes contractuelles qui stipulent une rémunération horaire. Bon nombre d'entre eux ont aussi des pratiques rémunérées à l'acte dans leurs propres collectivités.

Le financement global : Le département de pédiatrie à l'Université Dalhousie (environ 45 médecins) reçoit un financement global depuis juillet 1994. Tout le département de médecine a commencé à recevoir le financement global à compter de janvier 1999 (120 médecins). Plusieurs ententes plus petites existent également. En tout, 256 médecins ont été rémunérés exclusivement de cette façon en 1999-2000.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : La capitation n'est pas utilisée.

La collecte d'information : La facturation *pro forma* est utilisée pour la collecte d'information sur les services fournis en vertu du financement global et sur les services d'omnipraticiens salariés en zone rurale. Un système de déclaration d'activités, non fondé sur les rencontres, est utilisé dans les centres de santé mentale.

## **Nouveau-Brunswick**

Les salariés/contractuels : Un certain nombre de médecins dans les établissements psychiatriques provinciaux touchent un salaire. Également, de nombreux médecins de la province ont des droits de pratiques restreints qui ne leur permettent pas d'être rémunérés à l'acte. Davantage de médecins s'intéressent à un arrangement salarial. Actuellement, certains médecins qui exercent dans les spécialités suivantes bénéficient d'un arrangement salarial : anesthésie, radiodiagnostic, gériatrie, hématologie, maladies infectieuses, rhumatologie, oncologie médicale, pathologie, microbiologie médicale, obstétrique et gynécologie, pédiatrie, néonatalogie, physiatrie, psychiatrie, radio-oncologie, chirurgie générale, neurochirurgie et médecine générale.

La vacation : Les services d'urgence des huit hôpitaux régionaux utilisent des compensations à la vacation sur une base de 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Les hôpitaux communautaires gèrent leurs services d'urgence selon la rémunération à l'acte, et certains profitent d'arrangements à la vacation pour les soirées, les fins de semaine et les congés. Les centres de soins infirmiers, de désintoxication, les prisons, l'ACC et quelques cliniques utilisent aussi la rémunération à la vacation.

Le financement global : Trois médecins du campus de l'Université du Nouveau-Brunswick bénéficient du financement global, mais les paiements sont identifiés pour chacun des médecins du groupe.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : La capitation n'est pas utilisée. Comme les centres de santé communautaires ouvriront leurs portes en juin 2003, on créera certains arrangements pour les médecins de soins primaires qui exerceront dans ces établissements.

Les contractuels et autres modes de paiement : Dans certaines régions rurales où le recrutement est pratiquement impossible, les chirurgiens généralistes et les omnipraticiens étaient à priori contractuels. D'autres spécialistes se dirigent vers cet arrangement.

La collecte d'information : La collecte d'information se fait à travers la facturation *pro forma* dans le cas des médecins qui sont passés de la rémunération à l'acte à un contrat des autres modes de paiement. Le Nouveau-Brunswick travaille actuellement avec les régies régionales de la santé pour mettre en œuvre un processus de collecte de données sur les patients pour tous les médecins non rémunérés à l'acte.

## **Québec**

Les salariés : La plupart des médecins employés par les Centres locaux de services communautaires (CLSC) sont à salaire. Les médecins de santé publique le sont aussi. Près de la moitié des paiements versés pour les soins des psychiatres sont sous forme de salaire.

La vacation : La rémunération à la vacation sert à rembourser les médecins qui participent aux programmes de santé communautaire, aux soins gériatriques de longue durée et exercent dans certains établissements psychiatriques.

Les paiements pondérés : Il s'agit d'un nouveau programme introduit vers la fin de l'année 1999 en tant qu'autre forme de rémunération pour les spécialistes. Les médecins qui y participent reçoivent un taux quotidien fixe, plus un pourcentage des taux de rémunération à l'acte des services couverts. Approximativement 2 200 spécialistes ont été rémunérés au moyen des autres modes de paiement via le programme durant l'exercice 2000-2001. Durant cette année, les paiements pondérés représentaient 80 % des autres modes de paiement et 14 % du total des paiements des spécialistes.

Le financement global : Cette forme de remboursement n'est pas utilisée. Les médecins qui pratiquent dans les centres universitaires des sciences de la santé sont rémunérés à l'acte.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : La capitation n'est pas utilisée.

La collecte d'information : Tous les programmes sont administrés par la Régie de l'assurance-maladie. Les systèmes de déclaration comprennent des données sur les rencontres.

## **Ontario**

Les salariés : Les centres de santé communautaire en Ontario possèdent des conseils communautaires et versent une indemnité salariale aux médecins. Certains des autres modes de paiement peuvent donner un salaire aux médecins une fois qu'ils reçoivent du financement du Ministère.

La vacation : La rémunération à la vacation est habituellement octroyée aux médecins rémunérés à l'acte qui dispensent des soins de psychiatrie, d'anesthésie et des services de gériatrie non facturables dans des zones insuffisamment desservies et chez les populations à risque élevé. Ce type de paiement verse une compensation aux médecins à un taux horaire ou à la vacation pour les nombreuses heures passées à traiter les patients. Ces heures tombent souvent en dehors des heures normales de travail. Il y a encore quelques hôpitaux qui paient leurs médecins urgentologues par le biais de la vacation Scott (Scott Sessional).



Le financement global : La majorité du financement des régimes des autres modes de paiement des services des médecins en salle d'urgence, à l'unité néonatale de soins intensifs et de services médicaux d'oncologie pédiatrique et gynécologique, reçoivent un financement global. Le financement global est acheminé à un groupe ou une association de médecins qui doit établir une structure de gouvernance interne qui définit comment les médecins seront payés pour les services négociés selon le contrat des régimes des autres modes de paiement aux médecins.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : Il existe deux types de modèles financés par le financement axé sur la population. Les deux sont des dispensateurs de services de soins primaires. Le premier concerne les médecins au sein des organisations de services de santé. Ce sont des groupes de pratique multi-disciplinaire, financés selon un modèle de paiement purement axé sur la population. Le deuxième vise les médecins qui exercent au sein du Réseau Santé familiale de l'Ontario. Celui-ci est un modèle de financement pondéré qui utilise le paiement à la capitation pour un nombre de base de codes, mais il permet la facturation à l'acte pour tous les autres codes.

Les contractuels : Tous les programmes des autres modes de paiement de l'Ontario sont régis par une entente contractuelle. La préférence actuelle du Ministère est de premièrement négocier centralement une entente modèle avec la *Ontario Medical Association* et de l'offrir aux groupes de médecins admissibles. Dans les cas où ce n'est pas possible, on négocie habituellement des contrats avec les groupes de médecins, la *Ontario Medical Association* et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les médecins participants reçoivent un financement pré-déterminé pour dispenser les services visés de la liste du contrat négocié. On évalue et surveille présentement tous les contrats afin de garantir des niveaux adéquats de services et de répondre aux exigences.

La collecte d'information : Tous les régimes des autres modes de paiement ont des exigences de déclaration clairement définies dans les contrats. La forme la plus commune, la facturation « pro forma », suit le système de rémunération à l'acte. Cependant, les paiements des services couverts par le contrat sont assignés sans valeur. Dans une entente où il n'y a pas de facturation pro forma, d'autres méthodes de déclaration sont mises en œuvre, afin d'assurer des niveaux adéquats de service et de responsabilité. En outre, quelques contrats exigent une facturation pro forma et d'autres formes de déclaration selon les services dispensés. Par exemple, les autres modes de financement du service d'urgence présentent des rapports sur les indices de l'échelle canadienne de triage et de gravité, les volumes, la facturation pro forma et les heures de couverture.

## **Manitoba**

Les salariés : Les médecins dans les hôpitaux communautaires de Winnipeg touchent un salaire. Ceux dans les hôpitaux d'enseignement de Winnipeg (centre des sciences de la santé et l'hôpital général de Saint-Boniface) reçoivent un mélange de rémunération à l'acte et d'autres modes de financement. Les services d'urgence dispensés à l'extérieur de Winnipeg ne reçoivent que d'autres modes de financement. Les médecins dans les centres de santé mentale de Brandon et Selkirk touchent un salaire, tout comme les pathologistes en milieu hospitalier de Winnipeg et Brandon. Certains médecins (principalement les médecins de famille) dans les régions éloignées touchent un salaire du régime d'assurance-maladie du Service de médecine générale du Nord.

La vacation : Le remboursement à la vacation est utilisé dans certaines circonstances spéciales, telles que les médecins itinérants qui desservent les zones rurales et les établissements de soins personnels, certains services psychiatriques et des services diagnostiques dispensés par des spécialistes à l'hôpital.

Le financement global : On utilise une combinaison de la rémunération à l'acte et des autres modes de financement pour rémunérer les oncologues de *Cancer Care Manitoba*. Les oncologues qui bénéficient de cet arrangement doivent facturer un montant minimal de rémunération à l'acte afin d'être éligibles aux autres modes de financement.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : La capitation n'est pas utilisée par Santé Manitoba, mais n'est pas une possibilité rejetée.

La collecte d'information : Le programme d'assurance-santé fait la collecte de données axées sur les rencontres pour les omnipraticiens salariés en région rurale et nordique. Chaque agence de paiement est responsable de l'information provenant d'autres modalités. Ces agences ne fournissent pas de données sur les rencontres.

## **Saskatchewan**

Les salariés : Un pourcentage relativement bas des médecins de la Saskatchewan touchent des arrangements salariaux. Les conseils de santé des districts fournissent des options pour les emplois salariés dans certaines régions (services d'urgence, de santé mentale, médecins d'établissement), mais les arrangements prédominants sont des services contractuels ou à la vacation. La majorité des médecins, sans généraliser, qui travaillent en Saskatchewan dans les cliniques communautaires touchent un salaire. Une entente entre les *Northern Medical Services* et l'Université de la Saskatchewan permet de rembourser le salaire des médecins de famille qui exercent dans les collectivités nordiques éloignées. Le centre de services de santé pour étudiants de l'Université de la Saskatchewan emploie également des médecins de famille afin de dispenser des services sur le campus. Le financement global offert à la *Saskatchewan Cancer Agency* donne des remboursements de salaires aux médecins qui travaillent dans les cliniques de soins pour personnes atteintes du cancer.

La vacation : Les conseils de santé des districts offrent des contrats à certains médecins pour dispenser des services à la vacation, incluant (sans s'y limiter) les psychiatres, certains médecins urgentologues et gériatres de l'unité provinciale d'évaluation en gériatrie.

Les contrats de service : La grande majorité des médecins rémunérés d'une autre façon qu'à l'acte se retrouvent compensés par des contrats de service. Ceux-ci comprennent la plupart des médecins qui ont reçu un contrat des conseils de santé des districts, y compris les médecins urgentologues, les pathologistes et les médecins de soins primaires. Certains médecins qui travaillent au *College of Medicine* ont des contrats de service ou des allocations cliniques.

La rémunération à l'acte géré par les conseils de santé des districts : Certains districts offrent des contrats à des médecins pour dispenser des services cliniques selon la rémunération à l'acte gérée par les conseils des districts fondée sur une grille tarifaire qui reflète celle de la direction des services médicaux. C'est le modèle prédominant de la radiologie en milieu hospitalier.

Les paiements pondérés : La plupart des anesthésistes à Saskatoon touchent une rémunération à l'acte. Toutefois, la prestation d'une anesthésie en obstétrique est financée par un contrat de service des autres modes de paiement. Les néphrologues transplantologues sont rémunérés à l'acte, mais ils reçoivent une allocation supplémentaire pour l'administration, la recherche du donneur et la consultation familiale associées à chacune des transplantations rénales. La plupart des contrats des autres modes de paiement laissent place à une facturation à l'acte des services dispensés aux bénéficiaires hors province. Au moins un contrat de médecine familiale rémunéré par d'autres modes de paiement s'applique à la liste de services définis seulement et tous les autres services rendus sont financés selon la rémunération à l'acte.

Les paiements pour les services de médecine générale d'urgence ou de disponibilité en zone rurale : Le programme de secours et de disponibilité des fins de semaine mis en œuvre en février 1997 et le programme de couverture en salle d'urgence introduit en décembre 1997 sont gérés par la direction générale des services médicaux en utilisant un système de traitement des réclamations avec des codes définis selon des éléments de temps.

Le programme de couverture des spécialistes en service d'urgence : Mis en œuvre en juillet 2001, ce programme est géré conjointement par les conseils de santé des districts, le Ministère et la *Saskatchewan Medical Association*. Les spécialistes en rotation de disponibilité réglementée reçoivent une allocation quotidienne pour leur disponibilité en prévision des nouveaux patients d'urgence (non assignés).

La source de financement : Selon le ministère de la Santé, la plupart des arrangements de compensation susmentionnés sont financés par un modèle de financement global, d'entente de service ou de financement axé sur la population. Deux groupes de pratique de médecine familiale sont financés directement par le Ministère selon le type de modèle de capitation hybride ou axé sur la population.

La collecte d'information : La soumission de données des rencontres est une exigence de tous les contrats des autres modes de paiement, mais la conformité varie. Les réclamations sont habituellement soumises selon le processus de facturation pro forma qui utilise les codes des grilles tarifaires provinciales. Les données sur les rencontres sont soumises de cette façon par les cliniques communautaires. Les données sur les rencontres ne sont pas disponibles pour les services dispensés par l'entremise du *Clinical Services Fund*, ni par les services dispensés par la plupart des médecins en milieu hospitalier (service d'urgence, associés de soins critiques, médecins d'établissements, radiologistes). Elles ne sont pas disponibles non plus auprès des médecins du *Northern Medical Services*, des psychiatres contractuels, des médecins salariés qui exercent dans des cliniques pour personnes atteintes du cancer, ni auprès des pathologistes.

## **Alberta**

Les salariés/contractuels : Une quantité de médecins de l'Alberta sont rémunérés selon des arrangements salariaux ou des contrats gérés par les régies régionales de la santé.

La vacation : Il existe deux projets de financement à la vacation en Alberta. Les deux font partie de programmes organisés par l'autorité régionale de la santé voués au traitement de la douleur chronique, et d'autres en cours de développement.

Le financement global : Aucun plan de financement global n'a été mis en œuvre en Alberta jusqu'ici, mais un modèle pour utilisation future est en cours de développement.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : Il existe actuellement quatre projets de capitation en Alberta. Trois d'entre eux ont des populations inscrites à des listes de pratique collective, soit géographiquement, soit « virtuellement », et l'autre est une pratique urbaine à laquelle doivent s'inscrire les patients. Les paiements par capitation sont calculés selon l'âge et le sexe du patient et l'ensemble de services offerts dans le cadre de la pratique.

Les contractuels : Le premier projet de paiement à base contractuelle, dans un centre de santé communautaire, devrait être mis en œuvre au cours des mois prochains. Les médecins qui y participent recevront une somme pré-établie pour un volume pré-déterminé de services au cours d'une année.

La collecte d'information : La collecte d'information sur les autres modes de paiement des services se fait actuellement pour les deux modes de paiement mentionnés ci-haut à l'aide des codes existants pour la rémunération à l'acte (mais sans compter le nombre de services ni les sommes d'argent en question). De plus, des activités d'évaluation pour tous les projets opérationnels sont en cours, entre autres des entrevues personnelles et de la surveillance. Un nouveau système d'information est en cours d'élaboration pour faciliter la déclaration des données sur les autres modes de paiement.

## Colombie-Britannique

Le programme des autres modes de paiement de la Colombie-Britannique est principalement géré par la direction du *Clinical Services Contracts* (CSC) du ministère de la Santé. Elle alloue des fonds aux régies régionales de la santé de la province, qui eux engagent des médecins à contrat pour dispenser des programmes de services de soins de santé. Cette direction finance les services des médecins, mais ne les paie pas directement.

Les salariés : Il ne reste que peu d'arrangements de paiement salariaux au programme CSC. Ceux qui restent sont progressivement supprimés ou remplacés par des ententes de service ou à la vacation. Une nouvelle entente provinciale sur le salaire, entre le gouvernement provincial et la *British Columbia Medical Association* (BCMA) détermine les modalités d'emploi qui s'appliquent aux ententes de salaire établies pour la prestation de services médicaux financés par le gouvernement.

La vacation : Les régies régionales de la santé peuvent faire une demande à la CSC pour financer leurs paiements des médecins à la vacation. La régie régionale de la santé détermine la quantité de temps nécessaire aux médecins pour dispenser un programme de santé en particulier, où 3,5 heures équivalent à une séance de temps de médecin et où une séance peut être répartie en quarts d'heure. La direction de la CSC alloue un nombre maximum de séances à la régie régionale, et la régie régionale soumet une réclamation avec les dossiers justifiant les services médicaux à la CSC afin d'obtenir le financement égal au nombre de séances utilisées. Les taux et les conditions de paiement à la vacation sont définis dans l'entente provinciale sur la vacation entre le gouvernement provincial et la BCMA. L'entente s'applique à tous les arrangements à la vacation des médecins financés par le gouvernement.

Les contrats de service : Les régies régionales peuvent faire une demande auprès de la direction de la CSC pour obtenir un financement consacré à la prestation de services de programmes spécifiques de soins de santé. La régie régionale et la CSC négocient une entente de service entre elles, et la régie régionale utilise ses allocations de la CSC pour offrir des contrats aux médecins afin de dispenser des services compris dans le financement spécifique aux programmes. La prestation des services et la rémunération des médecins sont définies au sein des contrats médicaux locaux et doivent être conformes aux conditions de l'entente de financement de la régie avec la CSC, ainsi qu'avec l'entente provinciale de services entre la province et la BCMA.

Les soins de santé primaires axés sur la population : Un modèle de financement global axé sur la population pour les soins de santé primaires est géré par le programme *Planning's Strategic Initiatives* du ministère de la Santé et son modèle de *Primary Health Care Organization* (PHCO). Le PHCO finance des services de base qui comprennent ceux normalement dispensés en médecine générale. La compensation des médecins participants est « pondérée », c'est-à-dire que c'est une combinaison de paiement par capitation et de rémunération à l'acte. Un médecin du PHCO reçoit un paiement par capitation pour les services principaux dispensés aux patients inscrits au PHCO, ainsi qu'une rémunération à l'acte pour les services principaux dispensés aux patients, non inscrits au PHCO, ou pour les services autres que principaux, peu importe l'inscription. Les médecins du PHCO touchent approximativement 90 % de leur revenu du paiement des services principaux dispensés aux patients inscrits, et 10 % de la rémunération à l'acte.

La prestation de renseignements : La direction de la CSC remanie ses systèmes de paiement et d'entreprise afin de mimer le bon fonctionnement de la déclaration et de la collecte de données du système de réclamations de la rémunération à l'acte du Ministère. Un nouveau programme de déclaration et des codes de paiement sont créés afin de permettre la soumission électronique des données sur les visites et de donner au ministère de la Santé et aux régies régionales de la santé de l'information dont ils ont besoin pour gérer le système de santé. La déclaration est une condition de financement, ainsi qu'une attente de la responsabilité définie par les régimes de services de santé et des ententes de rendement entre les régies régionales et le ministère de la Santé.

# **Annexe A**





## Groupe d'experts sur les Bases de données nationales sur les médecins

---

### TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Barry Stanley  
Gestionnaire, Services de comptabilité  
Newfoundland Department of Health and  
Community Services  
Édifice Ouest, édifice de la confédération  
C.P. 8700  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)  
A1B 4J6  
Tél. : (709) 729-2304  
Télec. : (709) 729-3151  
Courriel : [barrystanley@mail.gov.nf.ca](mailto:barrystanley@mail.gov.nf.ca)

---

### ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Johanne Irwin  
Coordonnatrice des services médicaux  
Health and Social Services  
Medical Services Division  
16, rue Garfield  
C.P. 2000  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)  
CIA 7N8  
Tél. : (902) 368-6736  
Télec. : (902) 368-6186  
Courriel : [jcirwin@ihis.org](mailto:jcirwin@ihis.org)

---

### NOUVELLE-ÉCOSSE

Mike Joyce  
Économiste, Économie de la santé  
Department of Health  
1690, rue Hollis, 12<sup>e</sup> étage  
C.P. 488  
Halifax (Nouvelle-Écosse)  
B3J 2R8  
Tél. : (902) 424-6879  
Télec. : (902) 424-0605  
Courriel : [joycems@gov.ns.ca](mailto:joycems@gov.ns.ca)

---

### NOUVEAU-BRUNSWICK

Bonnie Boudreau  
Analyste de l'information sur la santé  
Ministère de la Santé et du Mieux-être  
Assurance-maladie/Plan de  
médicaments sur ordonnance  
C.P. 5100  
520, rue King, Place Carleton  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5G8  
Tél. : (506) 444-5853  
Télec. : (506) 453-3983  
Courriel : [bonniebou@gov.nb.ca](mailto:bonniebou@gov.nb.ca)

## Groupe d'experts sur les Bases de données nationales sur les médecins

---

### ONTARIO

---

Julian Young  
Gestionnaire intérimaire, Information et  
gestion de projet  
Assurance-maladie et programmes  
connexes  
Direction générale des dispensateurs de  
services  
2<sup>e</sup> étage, 49, Place d'Armes  
C.P. 48  
Kingston (Ontario)  
K7L 5J3  
Tél. : (613) 548-6323  
Télé. : (613) 548-6309  
Courriel : [julian.young@moh.gov.on.ca](mailto:julian.young@moh.gov.on.ca)

---

### QUÉBEC

---

Harold Côté  
Direction de la main-d'œuvre médicale  
Ministère de la Santé et des Services  
sociaux  
Gouvernement du Québec  
1075, chemin Ste-Foy, 8<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1S 2M1  
Tél. : (418) 266-6987  
Télé. :  
Courriel : [harold.cote@msss.gouv.qc.ca](mailto:harold.cote@msss.gouv.qc.ca)

---

### MANITOBA

---

Murray Werbeniuk  
Directeur intérimaire, Rémunération à  
l'acte  
Santé et relations de travail  
Santé Manitoba  
300, rue Carlton, salle 1030  
Winnipeg (Manitoba)  
R3G 3H2  
Tél. : (204) 786-7281  
Télé. : (204) 775-7536  
Courriel : [mwerbeniuk@gov.mb.ca](mailto:mwerbeniuk@gov.mb.ca)

---

### SASKATCHEWAN

---

Carmelle Mondor  
Agente de recherche  
Medical Services Branch  
Department of Health  
3475, rue Albert  
Regina (Saskatchewan)  
S4S 6X6  
Tél. : (306) 787-3450  
Télé. : (306) 787-3761  
Courriel : [cmondor@health.gov.sk.ca](mailto:cmondor@health.gov.sk.ca)

## Groupe d'experts sur les Bases de données nationales sur les médecins

---

### ALBERTA

---

Shaun Malo  
Analyste de la planification des ressources  
médicales  
Physician Services Branch  
Alberta Health and Wellness  
Place Tellus, Tour nord  
C.P. 1360, Station Main  
10025, avenue Jasper  
Edmonton (Alberta)  
T5J 2N3  
Tél. : (780) 427-2839  
Télec. : (780) 415-1094  
Courriel : [Shaun.Malo@health.gov.ab.ca](mailto:Shaun.Malo@health.gov.ab.ca)

---

### COLOMBIE-BRITANNIQUE

---

Mei Wong  
Économiste principale  
Economic Analysis and Negotiations  
Support  
Ministry of Health  
1515, rue Blanshard, 1-2  
Victoria (Colombie-Britannique)  
V8W 3C8  
Tél. : (250) 952-3216  
Télec. : (250) 952-1414  
Courriel : [mei.wong@moh.hnet.bc.ca](mailto:mei.wong@moh.hnet.bc.ca)

---

### YUKON

---

Sherri Wright  
Insured Health Services (H-2)  
Yukon Department of Health and Social  
Services  
C.P. 2703  
2071, 2<sup>e</sup> avenue  
Whitehorse (Yukon)  
Y1A 2C6  
Tél. : (867) 667-5706  
Télec. : (867) 393-6486  
Courriel : [sherri.wright@gov.yk.ca](mailto:sherri.wright@gov.yk.ca)

---

### ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

---

Lynda Buske  
Chef, Département des ressources  
médicales, Information et planification  
Association médicale canadienne  
1867, rue Alta Vista  
Ottawa (Ontario)  
K1G 3Y6  
Tél. : (613) 731-9331  
Télec. : (613) 731-1779  
Courriel : [lynda.buske@cma.ca](mailto:lynda.buske@cma.ca)



## **Annexe B**



**Tableau B1 : Médecins équivalents à temps plein rémunérés à l'acte, Canada et les provinces, 2000-2001**

T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Toutes les provinces
661,71	161,90	1 060,47	902,52	10 561,38	19 058,26	1 484,98	1 314,27	4 117,70	5 715,57	45 039

Notes : Selon les paiements bruts; les médecins rémunérés au moyen des autres modes de paiement sont exclus.

Source : Rapport sur les médecins équivalents à temps plein, Canada, 1999-2000 et 2000-2001, ICIS, 2002.

**Tableau B2 : Paiement moyen par médecins équivalents à temps plein rémunérés à l'acte, par province, 2000-2001**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
<b>Omnipraticiens</b>	134 616	156 657	177 134	159 639	142 095	176 689	150 155	164 049	185 028	196 403
<b>Spécialistes médicaux</b>	178 994	196 407	216 329	195 182	161 082	219 224	189 670	207 014	213 073	227 038

Notes : Selon les paiements bruts; les médecins rémunérés au moyen des autres modes de paiement sont exclus.

Source : Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 1999-2000 et 2000-2001, ICIS, 2002.

**Tableau B3 : Estimations démographiques nettes post-censitaires mises à jour, Canada et les provinces, 2000**

T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Toutes les provinces
536 200	138 200	934 100	750 500	7 377 400	11 732 300	1 142 900	1 018 400	3 011 500	4 058 700	30 700 200

Notes : Le total du Canada est le total des dix provinces, les Territoires du Yukon et du Nord-Ouest sont exclus. Les estimations démographiques nettes sont produites en soustrayant des estimations totales les membres de la Gendarmerie royale du Canada, des Forces armées canadiennes ainsi que le nombre de prisonniers des établissements fédéraux et provinciaux.

Les chiffres sont des estimations post-censitaires mises à jour, selon les résultats du recensement de 1996, ajusté pour le sous-dénombrement net du recensement.

Les chiffres ont été arrondis à la centaine près.

Source : Statistique Canada

*Une meilleure information sur la santé pour une meilleure santé*

---

**www.icis.ca**