L'état des programmes des autres modes de paiement des médecins au Canada

2002-2003, et l'information préliminaire pour 2003-2004

Les autres modes de paiement et la Base de données nationale sur les médecins

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

Tous droits réservés.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou diffusée sous quelque forme que ce soit ou par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies, les enregistrements ou tout système de stockage d'information et de recherche documentaire présent ou futur, à moins d'avoir l'autorisation écrite de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de courts passages pour une publication dans un magazine, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être adressées à :

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

ISBN 1-55392-615-3 (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title:
Alternative Payments and the National Physician Database (NPDB)
The Status of Alternative Payment Programs for Physicians in Canada, 2002–2003 and Preliminary Information for 2003–2004 ISBN 1-55392-614-5 (PDF)

L'état des programmes des autres modes de paiement des médecins au Canada, 2002-2003, et l'information préliminaire pour 2003-2004

Table des matières

Avant-propos i
Définitions ii
Sommaire v
Autres modes de paiement au Canada 1
Médecins visés par les autres régimes de rémunération 7
Estimation des équivalents à temps plein 9
Information administrative sur les autres modes de paiement 12
Autres modes de remboursement dans chaque secteur de compétence 13
Annexe A A-1
Annexe B B-1

Avant-propos

Ceci est le quatrième 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 les rapports des années précédentes.

En 1999-2000, parmi les activités de l'ICIS qui ont eu 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. Le présent 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 des 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 les répercussions 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 et territoire sur l'utilisation et les paiements versés dans le cadre des autres régimes de rémunération, et
5. Élaborer des stratégies et des recommandations visant à incorporer les autres modes de paiement dans la BDNM.

Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé sont les principales sources de données du rapport. L'ICIS a travaillé en étroite collaboration avec les représentants de ces ministères, membres du Groupe d'experts sur les bases de données des médecins (annexe A).

Les données de ce rapport reflètent l'état des régimes des autres modes de paiement en 2002-2003. Des données préliminaires sont présentées pour les paiements ayant été réalisés en 2003-2004 dans les secteurs de compétence les ayant déclarés en mars 2005. D'autres mises à jour sont prévues dans les années à venir.

Estimations révisées

Les paiements à l'acte utilisés dans le présent rapport proviennent de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Ces totaux sont constitués des paiements à l'acte, choisis à des fins de comparabilité entre les secteurs de compétence et pour tous les médecins, à l'exception de ceux pratiquant dans les spécialités techniques de radiologie et de laboratoire. L'information sur les paiements à l'acte, publiée dans les documents précédents[1], a été mise à jour dans le

1. 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 au Canada, 1999-2000, Ottawa, ICIS, 2001 et 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 au Canada, 2000-2001, Ottawa, ICIS, 2002.

présent rapport au moyen de l'information de la BDNM sur les paiements. L'utilisation des données de la BDNM, ce qui comprend la mise en application des critères de sélection de la source de paiement et qui exclut les spécialistes en radiologie et en laboratoire, vise à offrir une base plus appropriée pour comparer les autres modes de paiement.

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 sous-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 selon toutes les spécialités. La soumission de données à la BDNM sur les spécialistes en radiologie et en pathologie varie d'un secteur de compétence à l'autre. Ainsi, les données de la BDNM sur ces deux spécialités ne sont pas incorporées dans les rapports publiés.

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

Les **autres paiements cliniques** comprennent 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 le secteur de compétence.

Salariés : Les médecins qui touchent un salaire.

Vacation : Les paiements versés selon des tarifs horaires ou quotidiens. Certains secteurs de compétence les utilisent pour financer des services fournis à l'urgence, 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 précise des fonds,
2. Les paiements contractuels, et

3. Les arrangements de paiement qui comprennent les autres modes de paiement ainsi que la rémunération à l'acte.

Psychiatrie : Certains secteurs de compétence ont des programmes qui fournissent des services psychiatriques dont le financement est axé sur un mélange de salaire, de paiements à la vacation et de paiements contractuels.

Zones nordiques et sous-desservies : Le financement des programmes provinciaux et territoriaux pour assurer l'offre de service dans les zones nordiques ou sous-desservies. Ces programmes peuvent réunir plusieurs autres modes de paiement. Lorsqu'un financement pour des programmes dans les zones sous-desservies a été rapporté, les autres modes de paiement n'ont pas été ventilés par catégorie.

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

Paiements non cliniques — non inclus dans la BDNM

Incitatifs ruraux : Des incitatifs spéciaux visant à stimuler les programmes de remplaçants et les services offerts dans les régions sous-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.

Médecins en milieu hospitalier : Le financement accordé aux régions ou aux hôpitaux pour la radiologie et la pathologie, ainsi qu'aux autres médecins au service des hôpitaux et rémunérés à même les budgets des hôpitaux. 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 certains secteurs de compétence.

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

La **facturation pro forma** est un processus administratif par lequel les médecins soumettent de l'information sur la prestation de services à l'aide de codes provinciaux ou territoriaux de tarif; le paiement n'est cependant pas lié directement aux services déclarés. Les données sur la facturation *pro forma* peuvent être utilisées pour maintenir des mesures historiques de la prestation de service basées sur les données des demandes de remboursement des médecins rémunérés à l'acte.

Sommaire

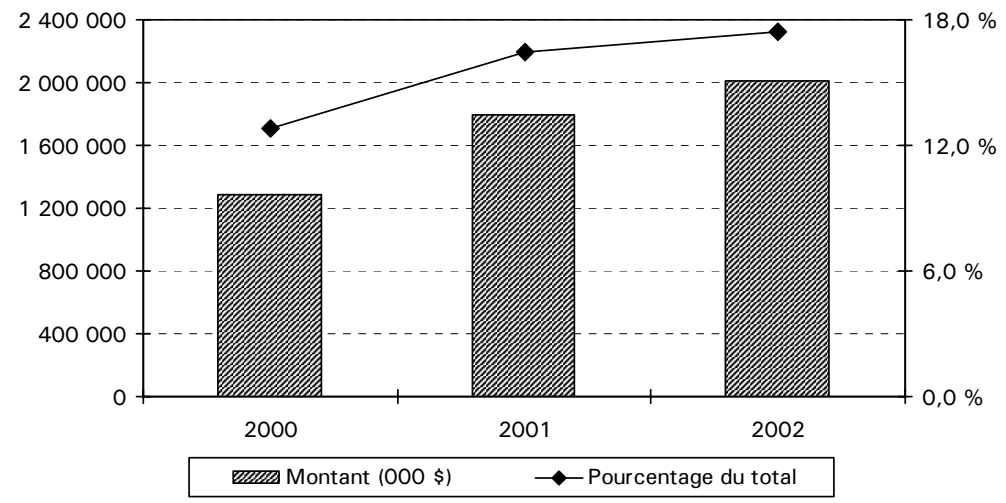
Ce rapport offre une mise à jour de l'information sur les autres modes de paiement publiée en 2004[2]. Comparativement à 2001-2002, les autres modes de paiement ont augmenté d'environ 12 % en 2002-2003. De plus, en 2002-2003, ils représentaient approximativement 2,01 milliards de dollars, soit 17,5 % de la valeur des services médicaux cliniques dans les onze provinces et territoires. Le pourcentage des autres modes de paiement varie considérablement d'un secteur de compétence à l'autre, passant de faibles pourcentages de 8,0 % et 8,7 % au Yukon et en Alberta à un pourcentage élevé de 42,2 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

En 2002-2003, le pourcentage des médecins ayant reçu d'autres modes de paiement s'échelonnait entre 5,1 % en Alberta et 62,9 % en Nouvelle-Écosse. Les médecins équivalents à temps plein (ETP) rémunérés au moyen des autres modes de paiement représentent 11,7 % du total des ETP. La Nouvelle-Écosse possède le pourcentage le plus élevé des ETP rémunérés au moyen des autres modes de paiement (29,1 %).

2. 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 au Canada, 2001-2002 et l'information préliminaire pour 2002-2003, Ottawa, ICIS, 2004.

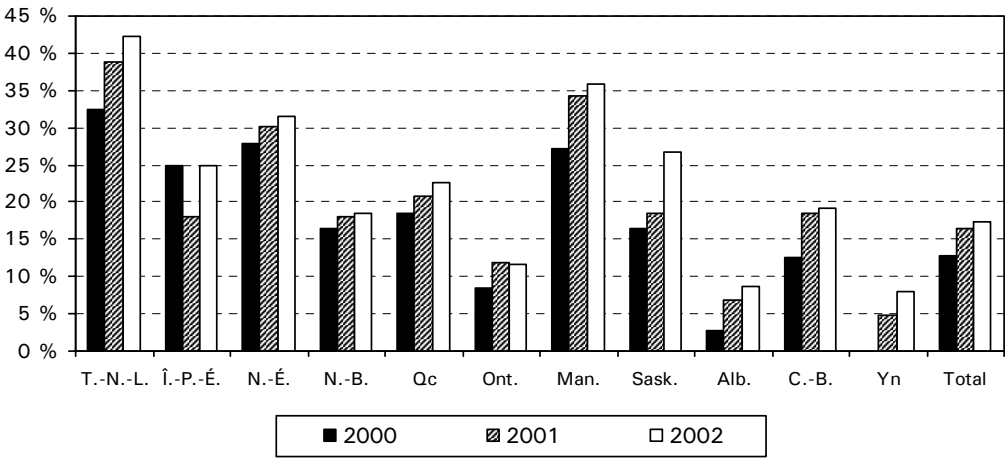
Autres modes de paiement au Canada

Les autres modes de paiement pour les services cliniques ont atteint 2,01 milliards de dollars en 2002-2003 et représentaient 17,5 % de la rémunération clinique totale (figure 1). Les autres modes de paiement ont augmenté d'environ 11,7 % (1,80 milliard de dollars en 2001-2002). Terre-Neuve-et-Labrador présente le plus haut pourcentage d'autres modes de paiement, suivi du Manitoba et de la Nouvelle-Écosse (figure 2, tableau 1).



Remarque : Les résultats de 2000 sont basés sur les 10 provinces. Les années subséquentes comprennent les 10 provinces et le Yukon.
Sources : Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS pour l'Ontario 2001 et le Manitoba 2001 et 2002.

Figure 1. Autres modes de paiement clinique des médecins, de 2000-2001 à 2002-2003



Remarque : Les résultats de 2000 sont basés sur les 10 provinces. Les années subséquentes comprennent les 10 provinces et le Yukon.
Sources : Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS pour l'Ontario 2001 et le Manitoba 2001 et 2002.

Figure 2. Autres modes de paiement clinique des médecins en tant que pourcentage du total des paiements cliniques, de 2000-2001 à 2002-2003

Encadré 1 — Remarques 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 3 et les définitions au début du présent rapport pour obtenir des détails). Pour améliorer la comparabilité, les programmes des zones nordiques et sous-desservies sont aussi compris dans les paiements cliniques.

Plusieurs secteurs de compétence ont rehaussé les autres modes de paiement pour les services dispensés à l'urgence ou pour les médecins en service de garde en milieu rural. 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 dans les hôpitaux d'enseignement de Winnipeg, tandis qu'ils remplacent la rémunération à l'acte dans les régions rurales et dans les hôpitaux communautaires urbains. Au Nouveau-Brunswick, des primes spéciales de garde 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 relève de la médecine générale en région rurale, sur appel et pendant les fins de semaine est facturée à l'acte.

Dans le présent rapport, les paiements relatifs aux incitatifs ruraux, aux services médicaux offerts en milieu hospitalier et aux avantages sont classifiés en tant qu'**autres modes de paiement non clinique**.

Les **incitatifs ruraux** sont des incitatifs spéciaux intégrés aux programmes de services aux régions sous-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 régions rurales.

Les **paiements hospitaliers** comprennent surtout les paiements versés aux régions ou aux hôpitaux pour les services fournis en milieu hospitalier par des spécialistes en radiologie et en pathologie et des médecins-conseils. La catégorie peut aussi inclure des quantités plutôt faibles de financement pour les postes d'ETP salariés. Dans ce sens, cela pourrait comprendre certains soins cliniques transférés de la rémunération à l'acte.

Les **avantages** comprennent les contributions par les provinces et territoires 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 requise aux fins de ce rapport, mais elle a été rapportée pour les provinces et les territoires en mesure de fournir les données.

Le tableau 1 illustre une comparaison sur trois ans des autres modes de paiement et de la rémunération à l'acte. Les données préliminaires de 2003-2004 sont également illustrées. L'Ontario n'a pas soumis de données sur les autres modes de paiement pour 2001-2002, et le Manitoba, depuis 2001-2002. Des estimations pour ces provinces et ces années ont été tirées de comptes publics et de rapports provinciaux au moyen de la Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS. Ces estimations ont été considérées importantes pour définir les tendances nationales, mais elles sont sujettes à révision et pourront possiblement changer dans le futur. Les montants des paiements à l'acte du tableau 1 ont été révisés pour les années précédentes. Comme on l'a mentionné précédemment, ils reflètent maintenant le total des paiements à l'acte pour les services cliniques provenant de la Base de données nationale sur les médecins[3].

Le tableau 2 illustre les types de paiement versés aux médecins qui sont classés en tant qu'autre mode de paiement non clinique dans le présent rapport. Dans certains cas, ces autres catégories peuvent renfermer des sommes relativement petites pour des services cliniques. Il est à noter que l'information du tableau 2 reflète les ententes de paiement ainsi que les ententes de déclaration dans les provinces. Dans certains secteurs de compétence, par exemple, les données n'incluent pas les avantages. La catégorie intitulée « Médecins en milieu hospitalier » représente les paiements versés aux radiologistes, aux pathologistes et aux autres médecins employés par les hôpitaux. Dans certains secteurs de compétence, une partie ou encore la totalité de ces paiements est tirée des budgets des hôpitaux et n'est pas déclarée en tant que paiements versés aux médecins. L'information, bien qu'on la considère incomplète, est incluse dans le présent rapport pour les secteurs de compétence ayant déclaré ces paiements.

Le tableau 3 fournit des détails sur différentes catégories des autres modes de rémunération clinique utilisés par les provinces et les territoires. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les sociétés médicales adoptent différentes approches envers le financement des programmes particuliers ou des dépenses médicales. Les approches de financement reflètent aussi des tentatives de neutraliser les inégalités perçues de l'approche de la rémunération à l'acte ou des nouvelles approches envers la prestation de services. Les programmes pour le remboursement des services d'urgences et de garde en sont de bons exemples. Les paiements des services de garde représentent une proportion significative des autres modes de paiement en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique.

3. Les données de la Saskatchewan illustrées dans le tableau 1 incluent une mise à jour de l'information publiée dans les rapports précédents sur les autres modes de paiement. Cette mise à jour est attribuable à une reclassification d'environ 55 % des paiements de la catégorie de la rémunération médicale payée aux régies régionales de la santé. De l'information supplémentaire obtenue cette année sur la Saskatchewan a rendu possible l'extraction des montants liés aux soins cliniques tels définis dans le présent rapport.

Tableau 1. Sommaire des paiements des médecins par catégorie de paiement et par province ou territoire, exercices 2000-2001 à 2003-2004 (000 $)

2000-2001

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Total
Rémunération à l'acte[1]	98 768	26 079	229 387	168 520	1 749 950	3 829 225	272 815	248 969	881 313	1 269 594	8 774 619
	67,7 %	81,9 %	72,1 %	83,5 %	81,5 %	91,5 %	72,9 %	83,6 %	97,2 %	87,5 %	87,2 %
Autres modes de paiement clinique	47 201	5 761	88 855	33 314	398 162	355 674	101 320	48 894	25 214	181 122	1 288 442
	32,3 %	18,1 %	27,9 %	16,5 %	18,5 %	8,5 %	27,1 %	16,4 %	2,8 %	12,5 %	12,8 %
Sous-total clinique	145 968	31 840	318 243	201 834	2 148 112	4 184 900	374 135	297 863	906 527	1 450 716	10 063 062

2001-2002

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Total
Rémunération à l'acte	96 776	26 711	230 082	185 818	1 838 989	3 911 314	289 705	266 775	975 426	1 303 825	7 687	9 133 109
	61,1 %	81,9 %	69,8 %	82,0 %	79,2 %	88,1 %	65,8 %	81,6 %	93,2 %	81,6 %	95,3 %	83,6 %
Autres modes de paiement clinique	62 526	5 901	99 514	40 813	482 322	530 484	150 523	60 320	70 871	294 132	379	1 797 784
	38,9 %	18,1 %	30,2 %	18,0 %	20,8 %	11,9 %	34,2 %	18,4 %	6,8 %	18,4 %	4,7 %	16,4 %
Sous-total clinique	159 302	32 612	329 595	226 631	2 321 311	4 441 798	440 228	327 096	1 046 297	1 597 957	8 066	10 930 893

2002-2003

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Total
Rémunération à l'acte	97 128	26 892	246 080	205 993	1 826 785	3 936 651	299 510	274 459	1 117 028	1 449 169	8 807	9 488 501
	57,8 %	75,0 %	68,4 %	81,5 %	77,5 %	88,4 %	64,1 %	73,3 %	91,3 %	80,7 %	92,0 %	82,5 %
Autres modes de paiement clinique	70 788	8 957	113 798	46 816	531 291	516 399	167 687	99 839	105 996	345 881	771	2 008 223
	42,2 %	25,0 %	31,6 %	18,5 %	22,5 %	11,1 %	35,9 %	26,7 %	8,7 %	19,3 %	8,0 %	17,5 %
Sous-total clinique	167 916	35 849	359 878	252 809	2 358 076	4 542 259	467 196	374 298	1 223 025	1 795 050	9 578	11 496 724

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

Tableau 1. Sommaire des paiements des médecins par catégorie de paiement et par province ou territoire, exercices 2000-2001 à 2003-2004 (000 $) [suite]

2003-2004 (estimations préliminaires)[2]												
	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.[3]	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Total
Autres modes de paiement clinique	79 647	11 691	144 172	61 660	611 504	775 549		107 839	115 127	362 891	1 228	2 271 308

1. Les paiements à l'acte pour 2000-2001 présentés dans le rapport mettent à jour l'information sur les paiements à l'acte présentés dans les rapports précédents *Les autres modes de paiement et la Base de données nationale sur les médecins*.
2. Les estimations préliminaires des paiements à l'acte basées sur la BDNM n'étaient pas disponibles pour 2003-2004 au moment de la rédaction.
3. On ne dispose pas de données sur les autres modes de paiement clinique de 2002-2004 du Manitoba au moment de la rédaction du présent rapport.

Sources : Les paiements à l'acte de la BDNM sont basés sur les données soumises à la Base de données nationale sur les médecins de l'ICIS. L'information sur les autres modes de paiement clinique est recueillie auprès des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, à l'exception de l'Ontario en 2001-2002 et du Manitoba en 2001-2002 et 2002-2003. On s'est servi de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'ICIS pour produire des estimations sur les autres modes de paiement lorsque les données des sources provinciales et territoriales n'étaient pas disponibles aux fins du présent rapport. Dans ces cas-là, les données sont estimatives et sont sujettes à changement.

Tableau 2. Sommaire des paiements non cliniques des médecins par catégorie de paiement et par province ou territoire, exercice 2002-2003, (000 $)

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Total
Incitatifs ruraux		521					4 303		996	5 239		11 058
Paiements hospitaliers		3 321	34 060	36 570		832 229		35 063				941 243
Avantages	1 346	1 004	8 073	5 121				15 356	22 170	65 234		118 304
Sous-total non clinique	1 346	4 846	42 133	41 691		832 229	4 303	50 419	23 166	70 473		1 070 606

Remarques : Les données manquantes indiquent qu'il n'existe aucun paiement ou encore que les détails sont insuffisants pour la répartition des paiements dans certaines catégories.
En Ontario, l'information sur la rémunération des médecins en milieu hospitalier provient des données sur le budget d'hôpital préparées selon le Guide SIG et couvre les avantages sociaux.

Sources : Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. On s'est servi de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'ICIS en tant que source secondaire d'information lorsque les données des sources provinciales et territoriales n'étaient pas disponibles aux fins du présent rapport. Dans ces cas-là, les données sont estimatives et sont sujettes à changement.

Tableau 3. Estimations pour les autres modes de paiement clinique par catégorie de paiement et par province ou territoire, exercice 2002-2003 (000 $)

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Total
Salaire	60 848	6 664	12 825	19 614	72 641	22 365			21 166	12 853		223 935
Vacation	1 788		1 303	24 171	201 617	650			1 706	54 739		285 975
Capitation									4 537			4 537
Financement global	8 152		53 365			181 985		4 875				248 376
Psychiatrie			16 371			955						17 326
Pondéré		2 293			257 032	9 748				6 576		275 649
Zones nordiques et sous-desservies				3 031		59 718		2 960		36 374		102 083
Services d'urgence et de garde			29 933			157 260		20 147	62 463	127 011		396 815
Contractuel, non précisé						83 718	167 687	71 858	21 166	108 328	771	453 528
Total	70 788	8 957	113 798	46 816	531 291	516 399	167 687	99 839	105 996	345 881	771	2 008 223

Remarques : La catégorie « Pondéré » inclut 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. La catégorie « Contractuel, non précisé » englobe :

- Les ententes de service en Colombie-Britannique;
- Les paiements non répartis, p. ex. l'Ontario a un financement global et d'autres formes des autres modes de rémunération.

Les données manquantes indiquent qu'il n'existe aucun paiement ou encore que les détails sont insuffisants pour la répartition des paiements dans certaines catégories.

Sources : Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. On s'est servi de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'ICIS en tant que source secondaire d'information lorsque les données des sources provinciales et territoriales n'étaient pas disponibles aux fins du présent rapport. Dans ces cas-là, les données sont estimatives et sont sujettes à changement.

Médecins visés par les autres régimes de rémunération

La proportion de médecins ayant été rémunérés pour des services assurés sous forme des autres modes de paiement varie entre les secteurs de compétence. En 2002-2003, les pourcentages variaient de 5,1 % en Alberta à plus de 50 % au Québec, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse (tableau 4). 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 catégories d'autres modes de paiement.

Certains secteurs de compétence ont fourni le nombre de médecins qui ont reçu *au moins 50 %* de la totalité du revenu clinique des sources provinciales au moyen des autres modes de financement[4]. La Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique ont déclaré que plus de 10 % des médecins sont rémunérés principalement par d'autres sources de paiement.

Tableau 4. Nombre total des médecins et médecins ayant reçu d'autres modes de paiement, par province et territoire, exercice 2002-2003

	Nombre total de 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
T.-N.-L.	983	443	45,1 %	18	1,8 %
Î.-P.-É.	182				
N.-É.	2 030	1 277	62,9 %	330	16,3 %
N.-B.	1 406	723	51,4 %	328	23,3 %
Qc	15 016	7 889	52,5 %		
Ont.	22 032	4 052	18,4 %	2 001	9,1 %
Man.	2 063				
Sask.	1 629	342	21,0 %		
Alb.	5 318	269	5,1 %		
C.-B.	8 368	2 319	27,7 %	870	10,4 %
Yn	60	*	*	*	*

Remarque : Le nombre de médecins déclaré reflète généralement les médecins inscrits aux régimes provinciaux d'assurance-maladie et peut dépasser le nombre de médecins réellement rémunérés.

Le nombre de médecins rémunérés par d'autres modes de paiement peut doubler le nombre de médecins dans certains secteurs de compétence qui participent à plus d'un autre mode de paiement.

Les données de 2002-2003 de l'Île-du-Prince-Édouard et du Manitoba n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction.

* Valeurs supprimées conformément à la politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée.

Sources : Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

4. 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.

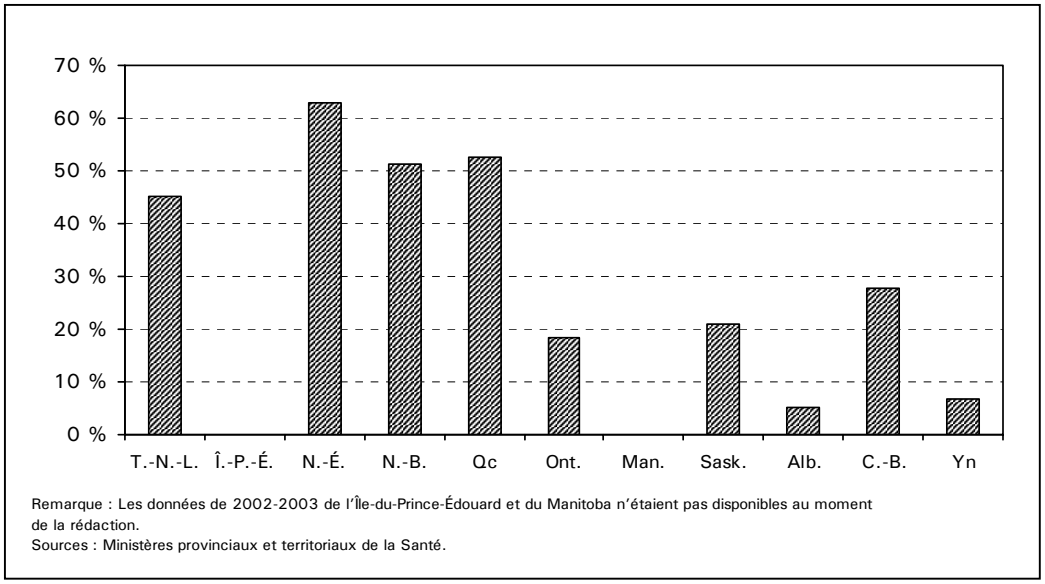


Figure 3. Pourcentage des médecins cliniques rémunérés principalement par d'autres modes de paiement, par province et territoire, 2002-2003

Estimation des équivalents à temps plein

De façon générale, environ 5 872 des ETP constituent les activités médicales financées par les autres modes de paiement (tableau 5). Les ETP rémunérés au moyen des autres modes de paiement représentent environ 11,7 % du total estimé des ETP au Canada. Les ETP financés par les autres modes de paiement se situent entre 4,5 % du total des ETP en Alberta et 29,1 % en Nouvelle-Écosse.

Tableau 5. Estimation des ETP rémunérés par les autres modes de paiement[1], par province, exercice 2002-2003

	Nombre estimatif de médecins équivalents à temps plein			Répartition	
	RA	**ARR**	**Total**	**RA**	**ARR**
T.-N.-L.	585	213	798	73,3 %	26,7 %
Î.-P.-É.	162	27	189	85,7 %	14,3 %
N.-É.	1 043	427	1 470	70,9 %	29,1 %
N.-B.	852	97	949	89,8 %	10,2 %
Qc	10 607	2 299	12 906	82,2 %	17,8 %
Ont.	18 416	1 302	19 717	93,4 %	6,6 %
Man.	1 454	407	1 861	78,1 %	21,9 %
Sask.	1 293	235	1 528	84,6 %	15,4 %
Alb.	4 103	195	4 298	95,5 %	4,5 %
C.-B.	5 620	671	6 290	89,3 %	10,7 %
Total	44 134	5 872	50 006	88,3 %	11,7 %

Remarque : Le terme « Rémunération à l'acte » est abrégé par « RA » et le terme « Autres régimes de rémunération », par « ARR ».

1. Comme on le précise dans l'encadré 2, les estimations sur les ETP utilisent les documents *Rapport sur les médecins équivalents à temps plein, Canada, 2002-2003* et *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 2002-2003* de l'ICIS. Les séries de données pertinentes de ces rapports sont présentées dans l'annexe B, aux tableaux B1 et B2. Dans le cadre de ce rapport, les ETP rémunérés au moyen des autres modes de paiement sont estimés à partir de données fournies par les provinces.

Lorsqu'on étudie les ETP rémunérés à l'acte et au moyen des autres modes de paiement, la répartition des médecins par 100 000 habitants peut se situer davantage aux alentours de la moyenne nationale comparativement à lorsqu'on inclut uniquement les médecins rémunérés à l'acte (tableau 6). En 2002-2003, le nombre d'ETP rémunérés à l'acte était de 6 par 100 000 habitants en Alberta à 46 par 100 000 habitants en Nouvelle-Écosse.

Tableau 6. Nombre estimatif d'ETP par 100 000 habitants[1], par catégorie de paiement et par province, exercice 2002-2003

	Nombre estimatif d'ETP par 100 000 habitants	
	RA	**ARR**
T.-N.-L.	113	41
Î.-P.-É.	118	20
N.-É.	113	46
N.-B.	114	13
Qc	143	31
Ont.	152	11
Man.	126	35
Sask.	130	24
Alb.	132	6
C.-B.	137	16
Total	141	19

Remarque : Le terme « Rémunération à l'acte » est abrégé par « RA » et le terme « Autres régimes de rémunération », par « ARR ».

1. Les estimations des médecins ETP par 100 000 habitants sont tirées des estimations démographiques nettes du Canada, par province (2002) de Statistique Canada (voir l'annexe B, tableau B3).

Encadré 2 — Estimation des ETP rémunérés à l'acte et participant aux autres régimes de rémunération

Rémunération à l'acte

La méthodologie de l'ICIS pour les ETP 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 ETP, ceux qui se situent entre les niveaux de repère inférieur et supérieur ont été comptés en tant qu'un ETP, 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'ETP sont recalculés.

Autres modes de paiement

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

1. Les comptes actuels d'ETP financés aux fins de programmes particuliers ont servi là où ces données étaient disponibles. En Nouvelle-Écosse, la majorité des ETP sont visés par des arrangements de financement global et le statut des ETP est fondé sur la méthodologie de l'ICIS. Le Manitoba et la Saskatchewan financent les ETP dans les régions du Nord et 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 ETP. Les dénominateurs de ces calculs sont tirés du document *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 2002-2003* de l'ICIS (voir l'annexe B, tableau B2). Cette méthode a servi en Nouvelle-Écosse pour la psychiatrie institutionnelle et au Québec pour les médecins qui sont rémunérés au moyen de paiements pondérés;
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 au nombre de médecins ETP rémunérés à l'acte afin d'estimer les ETP rémunérés par d'autres modes de paiement. Les dénombrements des médecins ETP rémunérés à l'acte sont tirés du *Rapport sur les médecins équivalents à temps plein, Canada, 2002-2003* de l'ICIS (voir l'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 ETP.

Il n'est pas possible de calculer des estimations précises à partir de données agrégées puisque les ETP sont calculés à partir de données sur chaque médecin. L'obtention d'un dénombrement précis nécessiterait l'ensemble des données individuelles pour tous les modes de paiement puisque les ETP 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 ETP et que ceux qui se situent au-dessus 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 ETP rémunérés au moyen d'autres modes de paiement sur l'offre globale en médecins.

Information administrative sur les autres modes de paiement

Les provinces et territoires 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* (utilisation de l'ensemble entier des codes du barème d'honoraires) 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 milieu rural. 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. 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 situation qui facilite l'établissement de politiques conjointes au sein d'un secteur de compétence pour la collecte d'information sur la rémunération à l'acte et les différents autres 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 secteurs de compétence, chaque unité administrative est responsable de fixer ses propres exigences en matière d'information.

Autres modes de remboursement dans chaque secteur de compétence

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

Salariés : Approximativement 40 % des médecins salariés sont des omnipraticiens et les 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 paiement 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 rend la rémunération au moyen des autres modes de paiement alléchante, plus particulièrement pour les médecins spécialistes; 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.

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

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

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

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

Salariés : L'Île-du-Prince-Édouard a des médecins salariés spécialisés en médecine interne, en pédiatrie, en médecine physique, en oncologie, en oncoradiologie, en laboratoire, en psychiatrie, en anesthésie, en oto-rhino-laryngologie ainsi qu'en obstétrique et gynécologie en milieu hospitalier. De plus, l'Île-du-Prince-Édouard a des médecins salariés pratiquant dans le domaine de la médecine familiale qui travaillent principalement dans des centres collaboratifs de services de santé pour la famille.

Vacation pour les services d'urgence : Le remboursement à la vacation est utilisé pour la médecine d'urgence dans les établissements urbains (sur place) et ruraux (sur appel).

Financement pondéré : Le financement pondéré offre aux médecins la possibilité d'opter pour une rémunération basée sur une modalité « tout compris » à taux horaire, plutôt qu'une modalité salariale, qui offrirait d'autres admissibilités (comme une pension, une couverture en cas d'incapacité à long terme, des vacances payées, une formation médicale continue, des jours de congé de maladie, etc.). Le financement pondéré inclut également l'allocation de garde payée aux spécialistes travaillant sur appel dans les deux plus gros établissements de l'Île-du-Prince-Édouard ainsi que les allocations par lit payées aux médecins d'établissement travaillant dans les établissements de soins de longue durée.

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

Collecte d'information : La plupart des médecins salariés et à la vacation utilisent la facturation *pro forma*.

Renseignements mis à jour en mars 2005.

Nouvelle-Écosse

Salariés : De plus en plus de médecins sont salariés ou exercent sous d'autres régimes de rémunération. En plus des différentes options contractuelles qui existent, le ministère provincial de la Santé est ouvert à d'autres propositions visant à améliorer les soins aux patients dans la province. Il existe actuellement des contrats régionaux pour les spécialistes en anesthésiologie, gériatrie, néonatalogie, pédiatrie, obstétrique et gynécologie, soins palliatifs et psychiatrie. Il existe également des ententes salariales avec les omnipraticiens dans certaines régions rurales et avec les omnipraticiens et les infirmières praticiennes qui assistent les équipes exerçant conjointement dans certaines régions.

Paiements pour les services d'urgence et de garde en région rurale : Vers la fin des années 1990, la province a accepté de verser des paiements forfaitaires aux médecins qui travaillent en salle d'urgence des régions rurales ou qui fournissent des services de garde dans les régions dépourvues de services d'urgence. Le financement des services d'urgence est déterminé selon la formule Murray (niveaux 1 et 2) et les données sont soumises chaque année. Il existe en plus un montant réservé aux spécialistes et aux médecins de famille pour les services de garde.

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. Les ententes de vacation visent la fourniture de soins dans les prisons, les centres de désintoxication, les centres jeunesse et certains centres de santé.

Financement global : Les arrangements de financement global sont associés aux centres universitaires. Le département de pédiatrie de l'Université Dalhousie reçoit un financement global depuis juillet 1994. D'autres ententes avec le IWK Health Sciences Centre comprennent l'imagerie diagnostique et la chirurgie. Tout le département de médecine a commencé à recevoir le financement global à compter de janvier 1999. Il existe plusieurs autres arrangements au sein de la Capital District Health Authority (neurochirurgie, médecine familiale, oto-rhino-laryngologie, radio-oncologie, pathologie, gynécologie-oncologie).

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

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 d'autres postes salariés ou contractuels. Les initiatives actuelles au sein du ministère de la Santé mettent l'accent sur l'élaboration de cadres de produits livrables (à commencer par les ententes des omnipraticiens et du département de médecine).

Renseignements mis à jour en mars 2005.

Nouveau-Brunswick

Salaires/ententes : Certains omnipraticiens et spécialistes qui font un travail clinique au Nouveau-Brunswick touchent un salaire selon le plan de Rémunération du personnel médical et certaines dispositions dans les sections I et III des Services publics.

Quatre niveaux caractérisent le plan de Rémunération du personnel médical : les praticiens, les spécialistes non accrédités, les spécialistes et le chef de service. Dans certains cas, les praticiens et les spécialistes ne peuvent être rémunérés que par un salaire (p. ex. les médecins qui exercent dans des centres de santé communautaire et les médecins qui ont des droits de pratique restreints ne leur permettant pas d'être rémunérés à l'acte).

Parmi les médecins salariés, citons les spécialistes qui exercent dans des domaines comme l'anesthésie, la gériatrie, les maladies infectieuses, la médecine interne, la rhumatologie, la néonatalogie, la pédiatrie, la physiatrie, la psychiatrie, la radiation et l'oncologie médicale, la chirurgie générale et la médecine générale.

Vacation : Les services d'urgence des huit hôpitaux régionaux rémunèrent systématiquement les médecins à la vacation. Les hôpitaux non régionaux gèrent leurs services d'urgence au moyen de divers modes de paiement, notamment la rémunération à l'acte, les allocations, le tarif à la vacation ou une combinaison des trois modalités.

Des dispositions de financement à la vacation sont également conçues afin de rémunérer les médecins pour des services fournis dans les centres de soins infirmiers, les prisons, les centres de désintoxication, les centres de santé mentale, les cliniques de pédiatrie et les cliniques de reproduction.

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

Contrats/autres modes de paiement : Certains médecins bénéficient d'un contrat inclusif avec une rémunération qui ne s'inscrit pas dans le plan de Rémunération du personnel médical avec l'éventualité de quelque paiement à l'acte.

Revenu garanti : Quelques médecins bénéficient d'un revenu annuel garanti fondé sur les services rémunérés à l'acte. Ils facturent le service rémunéré à l'acte et, s'ils n'ont pas atteint leur revenu garanti, le département leur verse le reliquat.

Collecte d'information : L'information est recueillie selon les facturations *pro forma* dans le cas des médecins qui sont passés de la rémunération à l'acte à un contrat pour un autre mode 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.

Renseignements mis à jour en mars 2005.

Québec

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.

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 qui exercent dans certains établissements psychiatriques.

Paiements pondérés : Il s'agit d'un nouveau programme introduit vers la fin de l'année 1999 en tant qu'autre forme de rémunération des 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 2 700 spécialistes ont été rémunérés au moyen des autres modes de paiement via le programme durant l'exercice 2001-2002. Durant cette année, les paiements pondérés représentaient 80 % des autres modes de paiement et 14 % du total des paiements des spécialistes.

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.

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

Collecte d'information : Tous les programmes sont administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les systèmes de déclaration comprennent des données au niveau des consultations.

Ontario

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.

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 imputable dans des zones sous-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. Quelques hôpitaux qui paient encore leurs médecins urgentologues par le biais de la vacation Scott (« Scott Sessional »).

Financement global : La majorité des régimes des autres modes de paiement des services des médecins qui travaillent à l'urgence, à l'unité néonatale de soins intensifs et au service d'oncologie pédiatrique et gynécologique reçoivent un financement global. Le financement global est acheminé à un groupe ou à 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.

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 multidisciplinaire financés selon un modèle de paiement purement axé sur la population. Le deuxième vise les médecins qui exercent au sein du Réseau santé-famille de l'Ontario. Ce dernier est un modèle de financement pondéré qui utilise le paiement à la capitation pour un nombre de base de codes, mais qui permet la facturation à l'acte pour tous les autres codes.

Contractuels : Tous les programmes des autres modes de paiement de l'Ontario sont régis par une entente contractuelle. Le Ministère préfère actuellement commencer par négocier centralement une entente modèle avec la *Ontario Medical Association* et ensuite 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 prédéterminé 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.

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

Salariés : Les médecins dans les hôpitaux communautaires de Winnipeg touchent un salaire. Ceux qui travaillent dans les hôpitaux d'enseignement de Winnipeg (centre des sciences de la santé et 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.

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

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

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

Collecte d'information : Le programme d'assurance-santé fait la collecte de données au niveau des consultations 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 au niveau des consultations.

Saskatchewan

Salariés : Un pourcentage relativement bas des médecins de la Saskatchewan sont rémunérés au moyen d'ententes salariales. Les conseils de santé des districts fournissent des options pour les emplois salariés dans certains secteurs (services d'urgence, de santé mentale, médecins d'établissement), mais les ententes prédominantes 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.

Vacation : Les conseils de santé des districts offrent des contrats à certains médecins pour dispenser des services à la vacation, ce qui comprend entre autres les psychiatres, certains urgentologues et gériatres de l'unité provinciale d'évaluation en gériatrie.

Contrats de service : La grande majorité des médecins rémunérés d'une autre façon qu'à l'acte sont 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 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.

Rémunération à l'acte gérée 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 selon une grille tarifaire qui reflète celle de la direction des services médicaux. C'est le modèle prédominant de la radiologie en milieu hospitalier.

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 qui font des transplantations 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 dispensés sont rémunérés à l'acte.

Paiements pour les services d'urgence de médecine générale et de garde en milieu rural : Le programme de relève et de garde des fins de semaine mis en œuvre en février 1997 et le programme de couverture à l'urgence introduit en décembre 1997 sont gérés par la direction générale des services médicaux à l'aide d'un système de traitement des réclamations avec des codes définis selon des éléments axés sur le temps.

Programme de couverture des spécialistes du 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 garde réglementée reçoivent une allocation quotidienne pour leur disponibilité en prévision des nouveaux patients d'urgence (non assignés).

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.

Collecte d'information : La soumission de données au niveau des consultations est une exigence de tous les contrats des autres modes de paiement, mais on ne s'y conforme pas toujours. Les réclamations sont habituellement soumises selon le processus de facturation *pro forma* qui utilise les codes des grilles tarifaires provinciales. Les données au niveau des consultations sont soumises de cette façon par les cliniques communautaires. Les données sur les rencontres ne sont pas disponibles ni pour les services dispensés par l'entremise du *Clinical Services Fund*, ni pour les services dispensés par la plupart des médecins en milieu hospitalier (urgentologues, 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 et des pathologistes.

Alberta

Salariés/contractuels : Dans un modèle contractuel, le financement provient d'un montant prénégocié pour un volume prédéterminé de services dispensés au cours d'une période de temps précise. Il y avait quatre projets de financement contractuel en Alberta en 2003-2004.

Régimes de financement contractuel universitaires : Ce type de régime permet de fusionner les diverses sources de financement utilisées pour rémunérer les médecins d'un département universitaire en échange des différents services qu'ils offrent. Parmi ces services, on trouve entre autres l'enseignement, la recherche et les services cliniques et administratifs. Il existait trois régimes de financement universitaires en Alberta en 2003-2004.

Vacation : Dans le cadre du modèle de rémunération à la vacation, le médecin est payé selon un taux prédéterminé (habituellement à l'heure) pour avoir travaillé au cours d'une période de temps fixe et avoir fourni les services médicaux couverts définis au sein d'un programme organisé. On comptait neuf projets à la vacation en Alberta en 2003-2004.

Financement global : Le financement global et le financement contractuel sont semblables, mais leur portée et leur barème diffèrent. Dans le cas du financement global, tous les médecins d'une région géographique donnée (p. ex. région, province) et d'une discipline reconnue consentent à dispenser tous leurs services médicaux pendant une période prolongée dans un établissement précis ou plus en échange d'un montant négocié. Il existait un projet de financement global en Alberta en 2003-2004.

Financement axé sur la population et les soins primaires : On a recours à la capitation pour la prestation de soins de médecine familiale ou de soins primaires. Les médecins reçoivent un montant annuel prédéterminé pour chaque patient soigné. Le montant attribué paie une série de services médicaux couverts. Il y avait deux projets de capitation en Alberta en 2003-2004.

Collecte d'information : La collecte d'information sur les autres modes de paiement des services se fait actuellement à l'aide des codes existants pour la rémunération à l'acte (mais le nombre de services et les sommes d'argent en question ne sont pas inclus).

Renseignements mis à jour en mars 2005.

Colombie-Britannique

Le programme des autres modes de paiement de la Colombie-Britannique est principalement géré par la Division des services médicaux et pharmaceutiques du ministère des Services de la santé. Le programme alloue des fonds aux régies régionales de la santé de la province, qui, elles, engagent des médecins à contrat pour dispenser des programmes de services de santé. Il finance les services des médecins, mais ne les paie pas directement.

Contrats de service : Les régies régionales de la santé peuvent faire une demande auprès du programme des autres modes de paiement pour obtenir un financement consacré à la prestation de services de programmes précis de soins de santé. La régie régionale et le programme négocient une entente de service entre elles et, par la suite, la régie régionale utilise ses allocations pour offrir des contrats aux médecins afin de dispenser des services compris dans le financement propre aux programmes. La prestation des services et la rémunération des médecins sont définies dans les contrats médicaux locaux, qui doivent être conformes aux conditions de l'entente de financement de la régie avec le programme, ainsi qu'avec l'entente provinciale de services et des arrangements salariaux de 2002 entre le gouvernement et la *British Columbia Medical Association* (BCMA).

Vacation : Les régies régionales de la santé peuvent faire une demande auprès du programme des autres modes de paiement 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. Le programme alloue un nombre maximum de séances à la régie régionale, et la régie régionale soumet une réclamation avec les dossiers justifiant les services médicaux au programme 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

des arrangements sur la vacation de 2002 entre le gouvernement et la BCMA. L'entente s'applique à tous les arrangements à la vacation des médecins financés par le gouvernement.

Soins de santé primaires axés sur la population : Un modèle de financement pondéré axé sur la population pour les soins de santé primaires est géré par le programme sur la gestion des maladies chroniques et sur les soins de santé primaire du ministère de la Santé. Les contrats de financement sont négociés entre le ministère et les régies régionales de la santé pour la prestation d'un panier fixe de services de base à une population désignée. Les régies régionales fournissent alors les services elles-mêmes ou elles offrent un contrat à des cabinets privés qui prennent en charge la prestation des soins. La compensation de chaque médecin est déterminée dans la régie régionale ou le cabinet privé. La compensation des médecins participants est « pondérée », c'est-à-dire qu'il s'agit une combinaison de paiements axés sur la population en échange de services de base à la population désignée et de rémunération à l'acte pour tous les autres services. L'aspect du financement des services qui concerne la population utilise un modèle de capitation qui reconnaît les répercussions de la comorbidité sur l'utilisation des ressources. Dans le cadre du modèle, le financement et le paiement sont directement liés à la soumission opportune de données exactes sur les demandes de remboursement et les consultations. Ainsi, les exigences de déclaration sont généralement respectées.

Disposition des renseignements : L'information recueillie dans le système de paiement du programme des autres modes de paiement n'est pas facilement rapportée parallèlement aux données sur la rémunération à l'acte du ministère. Le programme des autres modes de paiement prévoit restructurer ses systèmes afin d'améliorer l'information rapportée par et pour les régies régionales, de permettre la saisie de l'information sur les consultations et de soutenir en général la collecte de données nécessaire à la planification des services de santé et à l'évaluation des programmes.

La déclaration est une condition de financement du programme des autres modes de paiement des régies régionales et est nécessaire pour satisfaire aux ententes de responsabilité et à la prestation de services définie par les régimes de services de santé et les ententes de rendement des ministères.

Renseignements mis à jour en mars 2005.

Yukon

La majorité des médecins du Yukon sont rémunérés à l'acte. C'est également le cas d'un certain nombre de spécialistes itinérants (le Yukon n'est pas assez peuplé pour justifier le recrutement de médecins spécialistes) et de médecins remplaçants qui entrent et sortent du Yukon en quelques semaines (mais qui sont tout de même rémunérés à l'acte). Un nombre limité de médecins (itinérants) sont rémunérés à la vacation. Cependant, ils ne sont pas assez nombreux pour que l'on en fasse état dans le rapport (moins de cinq). Quelques médecins travaillent à contrat et d'autres utilisent la facturation *pro forma*.

Annexe A

Groupe d'experts sur les bases de données des médecins
Représentants des ministères de la Santé

Terre-Neuve-et-Labrador

Barry Stanley
Gestionnaire, Finance et Statistiques
Newfoundland and Labrador
Department of Health and Community Services
Édifice Ouest, édifice de la confédération, 1er étage
C.P. 8700
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
A1B 4J6

Île-du-Prince-Édouard

Johanne Irwin
Gestionnaire des services médicaux
Prince Edward Island Health and Social Services
16, rue Garfield
C.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7N8

Nouvelle-Écosse

Mike Joyce
Économiste
Nova Scotia Department of Health
Édifice Joseph Howe
1690, rue Hollis, 12e étage
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2R8

Nouveau-Brunswick

James Ayles
Conseiller en information sur la santé
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
520, rue King
C.P. 5100, 2e étage
Place Carleton — Medicare/PDP
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Ontario

Julian Young
Gestionnaire, Information et Gestion de projet
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
49, Place d'Armes, 2e étage
C.P. 48
Kingston (Ontario)
K7L 5J3

Québec

Philippe Joncas
Direction générale du personnel réseau
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1005, chemin Ste-Foy, 3e étage
Québec (Québec)
G1S 4N4

Groupe d'experts sur les bases de données des médecins
Représentants des ministères de la Santé

Manitoba

Sean Brygidyr
Agent des relations de travail en santé
Santé Manitoba
300, rue Carlton
Bureau 1024
Winnipeg (Manitoba)
R3B 3M9

Saskatchewan

Carmelle Mondor
Gestionnaire de programme, Données et Services statistiques
Saskatchewan Health
Édifice T.C. Douglas
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

David Onyschuk
Conseiller
Alberta Health and Wellness
Plaza Telus, Édifice du Nord
10025, avenue Jasper
17e étage
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

Colombie-Britannique

Mei Wong
Gestionnaire
Information Resource Management
Knowledge Management and Technology Division
Ministry of Health Services
1515, rue Blanshard, bureau 7-1
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8

Yukon

Gregor Gabb
Spécialiste de l'information sur la santé
Yukon Department of Health and Social Services
2071, 2e avenue
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Annexe B

Tableau B1. Médecins équivalents à temps plein rémunérés à l'acte, par province, 2002-2003

T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Total
585,18	161,77	1 042,75	851,82	10 607,24	18 415,79	1 453,61	1 292,81	4 103,14	5 619,72	44 133,83

Source : *Rapport sur les médecins équivalents à temps plein, Canada, 2002-2003*, ICIS, 2003.

Tableau B2. Paiement moyen par médecins équivalents à temps plein rémunérés à l'acte, par province, 2002-2003

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Médecins de famille/omnipraticiens	155 174	150 779	191 164	207 506	153 739	183 448	177 212	181 845	238 182	227 245
Médecins spécialistes	209 072	221 111	237 740	240 864	163 592	225 357	194 650	226 864	269 569	259 833
Tous les médecins	190 026	187 287	235 923	244 618	171 033	217 945	206 536	214 636	272 381	260 918

Source : *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 2001-2002*, ICIS, 2003.

Tableau B3. Estimations démographiques nettes post-censitaires mises à jour, Canada et les provinces et territoires, 2002-2003 (000)

T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Total
518,6	137,1	925,7	745,0	7 443,1	12 117,9	1 152,9	992,3	3 114,4	4 111,1		31 258,2

Remarques : 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, provinciaux et territoriaux.
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 indépendamment arrondis à la centaine près.

Source : Statistique Canada.