

Les médecins au Canada :
État des programmes
relatifs aux autres modes
de paiement, 2005-2006

R e s s o u r c e s h u m a i n e s d e l a s a n t é



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-375-1 (PDF)

© 2008 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins au Canada : État des programmes relatifs aux autres modes de paiement, 2005-2006*, Ottawa, ICIS, 2008.

This publication is also available in English under the title *Physicians in Canada: The Status of Alternative Payment Programs, 2005–2006*.

ISBN 978-1-55465-374-4 (PDF)

Les médecins au Canada : État de programmes relatifs aux autres modes de paiement, 2005-2006

Table des matières

Préface	i
Remerciements.....	iii
Sommaire	v
Introduction	1
Analyse des données	3
Aperçu de la méthodologie.....	3
Estimation des médecins équivalents à temps plein rémunérés à l'acte	4
Estimation des médecins équivalents à temps plein rémunérés par d'autres modes de paiement.....	4
Avis au lecteur	5
Les paiements versés aux médecins en vertu d'autres modes de paiement au Canada	6
Rémunération des médecins par d'autres modes de paiement, selon la spécialité, dans six provinces et un territoire	10
Autres modes de paiement clinique selon la catégorie de paiement.....	12
Paiements liés à des services non cliniques versés aux médecins	12
L'effectif médical et les autres modes de paiement au Canada	14
Estimation sur les équivalents à temps plein	17
Autres modes de paiement par province et territoire.....	21
Annexe A — Les autres modes de paiement — Définitions.....	33
Annexe B — Agents d'autorisation des bases de données sur les médecins.....	37
Annexe C — Médecins équivalents à temps plein rémunérés à l'acte, selon la province et Estimations démographiques	39

Préface

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour réaliser ce mandat, l'ICIS doit exercer des fonctions de base telles que la coordination et la promotion de normes en matière d'information sur la santé et d'indicateurs de santé d'envergure nationale, le développement et la gestion de bases de données et de registres sur la santé, le financement de la recherche et des analyses sur la santé de la population et l'appui connexe, la coordination et la mise sur pied de séances de formation et de conférences, ainsi que la présentation et la diffusion de recherches et d'analyses sur la santé.

Toute question concernant la présente publication ou la Base de données nationale sur les médecins doit être acheminée au :

Chef de section, Ressources humaines de la santé
Base de données nationale sur les médecins
Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télec. : 613-241-8120
Courriel : bdnm@icis.ca

www.icis.ca/medecins

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les personnes qui ont collaboré à la préparation du rapport *Les médecins au Canada : État des programmes relatifs aux autres modes de paiement, 2005-2006* :

- Lili Liu, analyste principale, Ressources humaines de la santé, ICIS
- Britta Nielsen, chef de section, Ressources humaines de la santé, ICIS
- Robert Kyte, chef de section, Ressources humaines de la santé, ICIS
- Yvonne Rosehart, chef de section, Ressources humaines de la santé, ICIS
- Vern Hicks, Health Economics Consulting Services

L'ICIS adresse également ses remerciements aux représentants des ministères de la Santé agissant à titre d'agents d'autorisation des bases de données sur les médecins de l'ICIS (voir la liste à la page 37), ainsi que les nombreux autres représentants du ministère de la Santé des provinces et territoires qui travaillent à compiler les données utilisées dans le présent rapport, pour leurs précieux conseils et leur participation à l'examen par les pairs du rapport.

Sommaire

Voici le septième rapport annuel d'une série de publications sur l'état des programmes relatifs aux autres modes de paiement des médecins au Canada. En plus de comprendre des renseignements sur les programmes de chaque province et territoire, le rapport analyse plus à fond les programmes de spécialité de six provinces et un territoire.

Au cours des dernières années, les progrès considérables réalisés ont permis de dégager un portrait national des données sur l'utilisation et les paiements provenant des régimes de rémunération des médecins, et d'améliorer la collaboration avec les provinces et territoires en vue de recueillir des données sur ces régimes. Cette année, six provinces et un territoire ont soumis des données sur les médecins et les spécialistes. Par conséquent, l'ICIS est heureux de présenter un nouveau tableau illustrant la répartition des montants liés aux régimes de rémunération des médecins parmi les différentes spécialités médicales, pour ces six provinces et ce territoire. L'ICIS se montre encouragé par l'atteinte de ce nouveau niveau d'analyse, et prévoit travailler davantage avec les provinces et territoires en vue d'augmenter au fil du temps le volume de données soumis.

En 2005-2006, les paiements versés aux médecins par des programmes liés aux autres modes de paiement clinique totalisaient environ 2,98 milliards de dollars, soit 21,3 % de l'ensemble des paiements versés aux médecins en contrepartie de services cliniques au Canada. En six ans (de 2000-2001 à 2005-2006), la valeur totale des autres modes de paiement clinique a plus que doublé, passant de 1,31 milliard à 2,98 milliards de dollars.

En 2005-2006, la proportion des paiements versés par des programmes liés aux autres modes de paiement clinique variait considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre, allant de 12,3 % en Alberta à 42,8 % en Nouvelle-Écosse et à 96,1 % dans les Territoires du Nord-Ouest. À l'échelle nationale, de 2004-2005 à 2005-2006, les autres modes de paiement clinique ont augmenté de 12,6 %. Bien que la proportion des autres modes de paiement clinique continue d'augmenter, elle demeure moindre que l'augmentation de 24,1 % enregistrée de 2002-2003 à 2003-2004.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux n'abordent pas tous de la même façon le financement de certains programmes liés aux autres modes de paiement. Les paiements pour les services d'urgence et de disponibilité représentent un financement substantiel dans la plupart des provinces et territoires qui en font état. Le financement global ainsi que la rémunération à la vacation et au salaire font également souvent partie des programmes relatifs aux autres paiements déclarés par les provinces et territoires. Ces derniers versent également des paiements non cliniques, notamment pour les programmes d'avantages sociaux (par exemple, à des fins de protection médicale et de formation médicale continue) et les programmes incitatifs en zone rurale. Ces paiements sont toutefois exclus du total des paiements liés aux autres modes de paiement clinique. En 2005-2006, à l'échelle nationale, les autres modes de paiement non clinique représentaient 9,6 % du total des autres modes de paiement.

L'importance des autres modes de paiement est également évidente à l'examen de la proportion de médecins qui reçoivent au moins une partie de leur revenu d'activités cliniques à partir d'un autre mode de financement. En 2005-2006, près de 40 % des médecins du Canada ont été rémunérés pour des services assurés au moyen des autres modes de paiement, ce qui représente une augmentation de 5 % par rapport à l'année précédente. En six ans (de 2000-2001 à 2005-2006), la proportion de médecins dont au moins une partie du revenu d'activités cliniques provenait d'autres modes de financement a augmenté, passant de 28,1 % à 39,1 %. En outre, les provinces et territoires présentaient des variations. En effet, la proportion de médecins ayant été rémunérés par d'autres modes de paiement variait de 10,3 % en Alberta à environ 96,1 % dans les Territoires du Nord-Ouest.

Les médecins équivalents à temps plein (ETP) rémunérés par d'autres modes de paiement clinique représentaient 12,4 % du total des ETP. La proportion de médecins ETP rémunérés par d'autres modes de paiement clinique variait de moins de 10 % du total des ETP en Alberta à plus de 25 % en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick.

Si l'on regroupe les ETP rémunérés à l'acte et par d'autres modes de paiement, on distingue moins de variabilité sur le plan des ETP par 100 000 habitants au sein des provinces que si l'on considère les médecins rémunérés à l'acte seulement. En fonction de l'ensemble de la rémunération, il y avait 162 ETP par 100 000 habitants au Canada. Ce nombre a augmenté de 3 % de 2004-2005 à 2005-2006. Terre-Neuve-et-Labrador était bon premier (environ 170 ETP par 100 000 habitants), tandis que le Québec et l'Ontario se classaient au deuxième rang, chaque province ayant un nombre presque identique d'ETP par 100 000 habitants (167 et 166, respectivement).

Cette année, de nouveaux tableaux présentant les données de 2005-2006 sur les autres modes de paiement selon les spécialités dans six provinces et un territoire ont été ajoutés : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Québec, Manitoba, Saskatchewan, Colombie-Britannique et Territoires du Nord-Ouest. Il s'agit d'une étape importante, car elle permet de détailler les dépenses par spécialité afin de connaître la proportion des paiements à l'acte par rapport aux autres modes de paiement clinique. Elle permet également d'examiner les similitudes et les différences entre les provinces et territoires. Nous nous réjouissons à l'idée de travailler avec l'ensemble des provinces et territoires en vue d'accroître la disponibilité de ce type de données au fil des ans.

Introduction

La Division des ressources humaines de la santé de l'Institut canadien d'information sur la santé est heureuse de vous présenter *Les médecins au Canada : État des programmes relatifs aux autres modes de paiement, 2005-2006*. Il s'agit du septième rapport d'une série de publications sur l'état des programmes relatifs aux autres modes de paiement des médecins au Canada.

Les rapports précédents de la série portaient sur les autres régimes de rémunération des médecins à un niveau agrégé ainsi que les autres modes de rémunération au Canada et quantifiaient les dépenses des régimes de rémunération des médecins à l'échelle nationale et provinciale/territoriale (vous trouverez à l'annexe A les définitions des termes utilisés). Grâce à ces données, il est maintenant possible d'étudier l'incidence des régimes de rémunération des médecins sur l'intégralité de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM).

Au cours des dernières années, les progrès considérables réalisés ont permis de dégager un portrait national des données sur l'utilisation et les paiements provenant des régimes de rémunération des médecins, et d'améliorer la collaboration avec les provinces et territoires en vue de recueillir des données sur ces régimes. Cette année, six provinces et un territoire ont soumis des données sur les médecins et les spécialistes. Par conséquent, l'ICIS est heureux de présenter cette année un nouveau tableau illustrant la répartition des montants liés aux régimes de rémunération des médecins parmi les différentes spécialités médicales, pour ces provinces et ce territoire. L'ICIS se montre encouragé par l'atteinte de ce nouveau niveau d'analyse, et prévoit travailler davantage avec les provinces et territoires en vue d'augmenter au fil du temps le volume de données soumis.

En outre, grâce à l'accessibilité aux données sur les médecins rémunérés à l'acte et ceux qui bénéficient d'autres modes de paiement, il est maintenant possible de réaliser de nouvelles analyses. Par exemple, le fait de détailler les dépenses par spécialité permettra de mieux comprendre les similitudes et les différences entre les provinces et territoires. L'analyse des données sur les régimes de rémunération des médecins permet également de mieux connaître la proportion de médecins rémunérés à l'acte et la proportion de médecins qui bénéficient d'autres modes de paiement. Ces renseignements sont utiles dans l'amélioration continue des données sur les médecins au Canada et de la BDNM de l'ICIS.

Nous espérons que le présent rapport fournira une base solide au travail de ceux qui s'intéressent au nombre de médecins et à l'utilisation des ressources médicales au Canada.

Analyse des données

Aperçu de la méthodologie

Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé sont les principales sources de données sur les autres modes de paiement. L'ICIS travaille en étroite collaboration avec leurs représentants qui font partie du Groupe consultatif des bases de données sur les médecins de l'ICIS (voir l'annexe B).

En ce qui concerne les provinces et territoires n'ayant pas fourni de données sur les autres modes de paiement au cours des dernières années, le total de leurs autres modes de paiement a été estimé au moyen des données de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'ICIS. À ce jour, cette méthodologie ne peut être appliquée au Nunavut, puisque la BDDNS ne contient pas de données assez détaillées sur ce territoire.

Les données sur les paiements de rémunération à l'acte présentées dans le rapport sont tirées de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Ces totaux sont composés de paiements à l'acte sélectionnés aux fins de comparaison entre les provinces et territoires et pour l'ensemble des médecins, à l'exception de ceux pratiquant dans les spécialités techniques de radiologie et de laboratoire. L'utilisation des données de la BDNM, de même que l'application des critères de sélection relatifs à la source de paiement et l'exclusion des spécialistes en radiologie et en laboratoire, visent à former une meilleure base de comparaison pour les autres modes de paiement.

Dans le présent rapport, la désignation des spécialités des médecins correspond à celle de la BDNM, qui est attribuée par les régimes provinciaux d'assurance-maladie; ces spécialités sont regroupées dans la BDNM par l'équivalent national. Dans la plupart des cas, deux types d'attribution sont fournis, soit l'accréditation la plus récente et la spécialité inscrite dans le régime de paiement. C'est cette dernière qui a été utilisée pour le présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la désignation des spécialités des médecins dans la BDNM, veuillez consulter le rapport *Les médecins au Canada : Paiements à l'acte bruts moyens, 2005-2006* de l'ICIS, disponible au www.icis.ca.

Estimation des médecins équivalents à temps plein rémunérés à l'acte

La méthodologie de l'ICIS pour les équivalents à temps plein (ETP) calcule les niveaux de paiement repères versés aux médecins dans chacune des 17 spécialités au cours d'une année de référence. Les médecins dont le taux de rémunération tombe sous le niveau de repère inférieur sont comptés comme une fraction d'ETP, ceux qui se situent entre les niveaux de repère inférieur et supérieur, comme un ETP, alors que ceux qui se situent au-dessus du niveau de repère supérieur sont comptés d'après une courbe logarithmique. Environ 40 % des médecins se situent sous le niveau de repère inférieur, 20 % sont entre les deux 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 estimations d'ETP sont recalculées. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le calcul des ETP à l'aide des données et des définitions de la BDNM, veuillez consulter le rapport de l'ICIS *Les médecins au Canada : Paiements à l'acte bruts moyens, 2005-2006*, disponible au www.icis.ca.

Estimation des médecins équivalents à temps plein rémunérés par d'autres modes de paiement

Trois critères ont servi à estimer les ETP participant aux programmes relatifs aux autres modes de paiement. Le choix de critères dépendait de la disponibilité de l'information :

1. Les comptes actuels d'ETP financés pour des programmes particuliers ont servi lorsque ces données étaient disponibles. La Saskatchewan fournit des données sur les ETP subventionnés dans les régions du Nord et sur certains programmes gérés par les conseils régionaux.
2. Lorsque des renseignements sur les autres modes de paiement des médecins ont été fournis, tous les versements provenant des autres modes de paiement de chacun des médecins ont été additionnés et mis en comparaison avec les repères de l'ICIS pour les ETP rémunérés à l'acte aux fins de calcul des valeurs ETP des autres modes de paiement à l'aide de la méthodologie relative aux ETP rémunérés à l'acte décrite précédemment. Cette méthodologie a uniquement été appliquée aux données du Nouveau-Brunswick.
3. Une estimation proportionnelle a été utilisée pour les cas où l'un des deux critères ci-dessus n'a pas été observé. Les proportions, qu'on a calculées au moyen de la division des 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 ETP rémunérés à l'acte aux fins d'estimation des ETP rémunérés par d'autres modes de paiementⁱ. 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.

i Les dénombrements de médecins ETP rémunérés à l'acte sont tirés du rapport *Les médecins au Canada : Paiements à l'acte bruts moyens, 2005-2006* (voir l'annexe C, tableau C1).

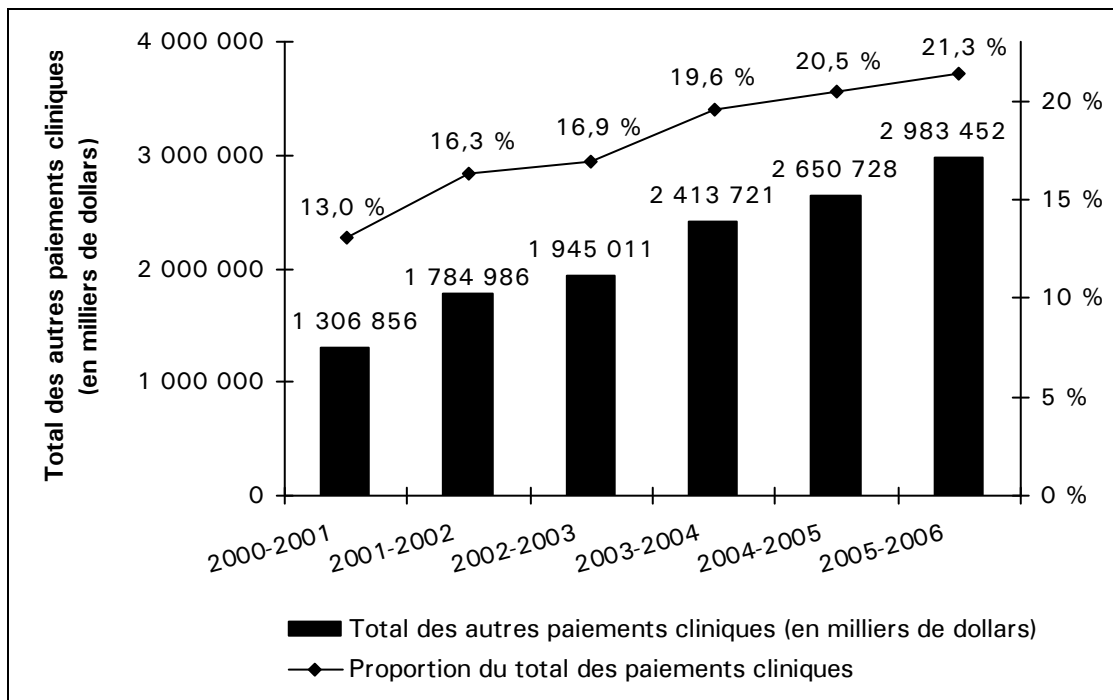
Avis au lecteur

1. Pour l'estimation des médecins ETP rémunérés par les autres modes de paiement, 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.
2. Il est impossible d'additionner les ETP des différents modes de paiement puisque 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 fournissent des renseignements utiles sur le nombre total de médecins. Les estimations des ETP englobent les médecins rémunérés à l'acte et ceux qui touchent d'autres modes de paiement.
3. Les renseignements sur les paiements non cliniques sont incomplets, car certains paiements définis comme non cliniques peuvent renfermer des sommes relativement petites pour des services cliniques. De plus, dans certaines provinces et certains territoires, ces paiements, en tout ou en partie, sont versés sous forme de budgets hospitaliers et ne sont pas déclarés comme des paiements aux médecins. C'est pourquoi les données sur les paiements non liés à des services cliniques sont considérées comme incomplètes. Ces paiements sont exclus du total des paiements cliniques versés en vertu d'autres modes de paiement.

Les paiements versés aux médecins en vertu d'autres modes de paiement au Canada

En 2005-2006, les paiements cliniques versés en vertu d'autres modes de paiement s'élevaient à environ 2,98 milliards de dollars, soit 21,3 % de la valeur totale des paiements cliniques versés aux médecinsⁱⁱ (figure 1). De 2004-2005 à 2005-2006, les paiements cliniques versés en vertu d'autres modes de paiement ont augmenté de 12,6 %. Bien que la proportion des paiements cliniques versés en vertu d'autres modes de paiement continue de s'accroître, cette augmentation est moindre que celle de 24,1 % enregistrée de 2002-2003 à 2003-2004. En six ans (de 2000-2001 à 2005-2006), la tendance s'est maintenue à la hausse, et le total des paiements cliniques versés en vertu d'autres modes de paiement au Canada a plus que doublé au cours de cette période.

Figure 1 Autres paiements aux médecins liés à des services cliniques, de 2000-2001 à 2005-2006



Remarques

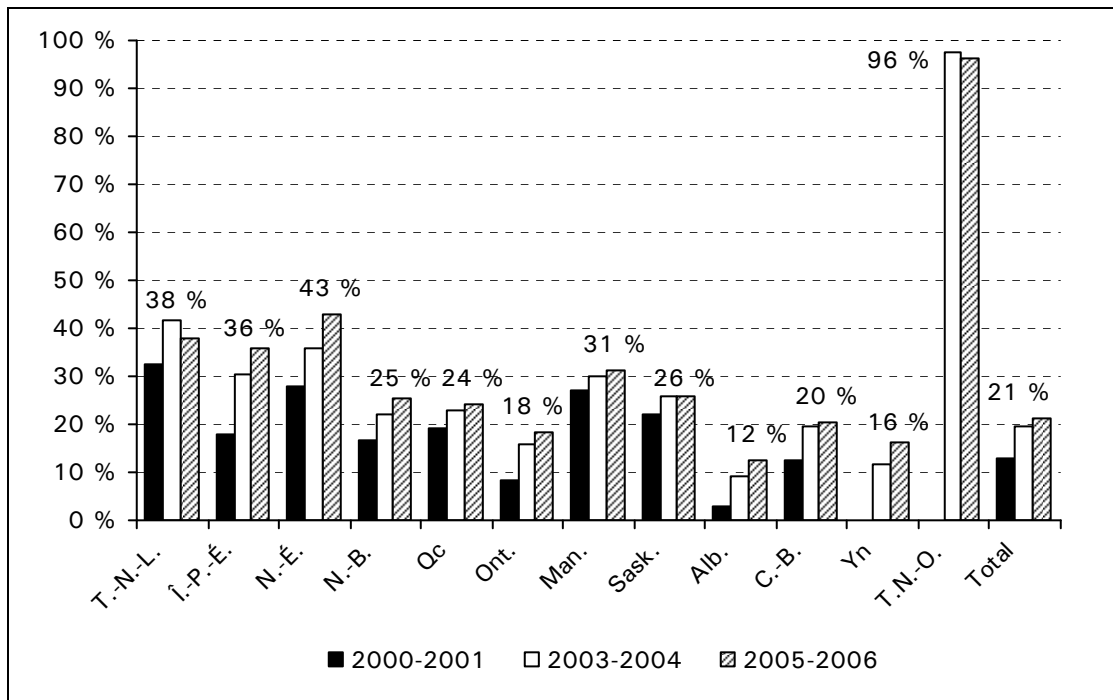
Les soumissions de données ont d'abord été reçues, puis intégrées, en date de 2001-2002 pour le Yukon et de 2003-2004 pour les Territoires du Nord-Ouest. Les données excluent les autres modes de paiement non clinique. Les données excluent le Nunavut.

Sources

Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé; Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS pour l'Ontario (2001-2002) et le Manitoba (de 2001-2002 à 2003-2004).

ii Le total des paiements cliniques correspond à la somme des paiements cliniques versés aux médecins rémunérés à l'acte et au moyen des autres modes de paiement.

Figure 2 Autres modes de paiement clinique des médecins en pourcentage du total de paiements cliniques, selon la province et le territoire, 2000-2001, 2003-2004 et 2005-2006



Remarques

La part des autres modes de paiement clinique des Territoires du Nord-Ouest s'élevait à 96,1 % du total des paiements cliniques.

Les données de 2000-2001 des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ne sont pas disponibles. Les données du Nunavut ne sont pas disponibles.

Sources

Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

La situation des Territoires du Nord-Ouest est unique, en ce sens que presque tous les médecins sont salariés ou rémunérés à la vacation, ce qui représente le pourcentage le plus élevé de paiements cliniques versés en vertu d'autres modes de paiement (96 %). Ailleurs au Canada, Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse avaient les taux les plus élevés, soit environ 40 % (figure 2). Toutes les provinces et territoires ont augmenté leur part de paiements cliniques versés en vertu d'autres modes de paiement depuis 2000-2001 (données sur le Nunavut non disponibles).

Le tableau 1 présente une comparaison sur six ans entre la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement clinique, par province et territoire. Ce tableau montre la croissance et la prévalence des autres modes de paiement clinique dans l'ensemble des provinces et territoire. Par exemple, les tendances illustrées au tableau 1 indiquent une hausse annuelle de la proportion des autres modes de paiement clinique à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Ontario et en Alberta. Les provinces et territoires ayant enregistré une diminution certaines années affichent tout de même une hausse globale des autres modes de paiement clinique depuis 2001.

Bien que la proportion des autres modes de paiement clinique ait augmenté au début des années 2000, la proportion de ce type de paiement est demeurée constante au cours des dernières années au Manitoba et en Colombie-Britannique.

Tableau 1 Paiements cliniques aux médecins par type de paiement, en milliers de dollars, et pourcentage de la rémunération clinique totale selon la province et le territoire, de 2000-2001 à 2005-2006

Tableau 1.1														
Paiements cliniques de rémunération à l'acte des médecins, par province et territoire et au Canada, de 2000-2001 à 2005-2006														
Exercice	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada
	(en milliers)													
2000-2001	98 761	26 078	229 386	168 718	1 690 019	3 829 183	272 791	248 882	881 311	1 269 502				8 714 631
2001-2002	96 769	26 711	230 079	185 966	1 779 976	3 911 634	289 680	266 680	975 423	1 386 455	7 671			9 157 044
2002-2003	97 128	26 892	245 907	205 959	1 816 097	3 985 029	299 510	274 480	1 117 541	1 452 927	8 807			9 530 277
2003-2004	117 055	26 682	259 711	217 879	1 964 977	4 090 409	314 927	288 021	1 154 919	1 481 887	9 416	805		9 926 688
2004-2005	128 376	26 805	250 352	227 301	1 989 857	4 272 005	340 255	319 633	1 215 567	1 505 269	10 064	1 760		10 287 244
2005-2006	139 084	26 527	257 921	235 346	2 058 341	4 674 829	363 853	343 180	1 314 850	1 565 288	10 561	1 222		10 991 002
	(changement annuel en pourcentage)													
2000-2001	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2001-2002	-2,0	2,4	0,3	10,2	5,3	2,2	6,2	7,2	10,7	9,2	---	---	---	5,1
2002-2003	0,4	0,7	6,9	10,8	2,0	1,9	3,4	2,9	14,6	4,8	14,8	---	---	4,1
2003-2004	20,5	-0,8	5,6	5,8	8,2	2,6	5,1	4,9	3,3	2,0	6,9	---	---	4,2
2004-2005	9,7	0,5	-3,6	4,3	1,3	4,4	8,0	11,0	5,3	1,6	6,9	118,6	---	3,6
2005-2006	8,3	-1,0	3,0	3,5	3,4	9,4	6,9	7,4	8,2	4,0	4,9	-30,6	---	6,8

ICIS 2008.

Tableau 1.2														
Paiements de rémunération à l'acte des médecins en pourcentage du total de paiements cliniques, par province et territoire et au Canada, de 2000-2001 à 2005-2006														
Exercice	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada
	(répartition en pourcentage)													
2000-2001	67,7	81,9	72,1	83,5	80,9	91,5	72,9	78,0	97,2	87,5				87,0
2001-2002	60,7	81,9	69,8	82,0	78,7	88,1	72,0	75,8	93,2	82,5	95,3			83,7
2002-2003	57,8	75,0	68,4	81,5	78,1	88,5	70,5	72,9	91,3	80,8	92,0			83,1
2003-2004	58,2	69,5	64,3	77,9	77,0	84,0	70,1	74,1	90,9	80,3	88,5	2,6		80,4
2004-2005	58,8	66,9	58,5	76,3	76,1	83,2	70,4	73,6	89,2	80,1	83,7	5,6		79,5
2005-2006	62,0	64,2	57,2	74,7	75,9	81,6	68,7	74,1	87,7	79,6	84,0	3,9		78,7
	(changement annuel en pourcentage)													
2000-2001	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2001-2002	-10,2	0,0	-3,2	-1,8	-2,8	-3,8	-1,3	-2,8	-4,1	-5,7	---	---	---	-3,8
2002-2003	-4,8	-8,4	-2,1	-0,6	-0,7	0,5	-2,0	-3,8	-2,0	-2,1	-3,5	---	---	-0,8
2003-2004	0,7	-7,3	-5,9	-4,3	-1,5	-5,1	-0,6	1,7	-0,5	-0,5	-3,8	---	---	-3,1
2004-2005	0,9	-3,7	-8,9	-2,1	-1,1	-1,0	0,5	-0,7	-1,9	-0,3	-5,4	118,4	---	-1,2
2005-2006	5,5	-4,1	-2,3	-2,2	-0,2	-1,9	-2,4	0,6	-1,7	-0,5	0,3	-30,6	---	-1,1

ICIS 2008.

Tableau 1 Paiements cliniques aux médecins par type de paiement, en milliers de dollars, et pourcentage de la rémunération clinique totale selon la province et le territoire, de 2000-2001 à 2005-2006 (suite)

													Tableau 1.3		
Autres modes de paiement clinique des médecins, par province et territoire et au Canada, de 2000-2001 à 2005-2006															
	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada	
Exercice	(en milliers)														
2000-2001	47 201	5 761	88 855	33 314	398 162	355 674	101 320	70 233	25 214	181 122				1 306 856	
2001-2002	62 526	5 901	99 514	40 813	482 322	530 484	112 892	85 153	70 871	294 132	379			1 784 987	
2002-2003	70 788	8 957	113 798	46 816	508 511	516 399	125 252	101 841	105 996	345 881	771			1 945 010	
2003-2004	83 933	11 691	144 194	61 660	587 590	780 111	134 250	100 415	115 416	362 891	1 228	30 341		2 413 720	
2004-2005	90 109	13 239	177 239	70 449	624 141	864 973	142 738	114 498	146 950	375 008	1 959	29 425		2 650 728	
2005-2006	85 192	14 780	192 812	79 726	651 814	1 056 499	165 556	120 048	184 637	400 408	2 018	29 963		2 983 453	
	(changement annuel en pourcentage)														
2000-2001	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
2001-2002	32,5	2,4	12,0	22,5	21,1	49,1	11,4	21,2	181,1	62,4	---	---	---	36,6	
2002-2003	13,2	51,8	14,4	14,7	5,4	-2,7	10,9	19,6	49,6	17,6	103,4	---	---	9,0	
2003-2004	18,6	30,5	26,7	31,7	15,6	51,1	7,2	-1,4	8,9	4,9	59,3	---	---	24,1	
2004-2005	7,4	13,2	22,9	14,3	6,2	10,9	6,3	14,0	27,3	3,3	59,5	-3,0	---	9,8	
2005-2006	-5,5	11,6	8,8	13,2	4,4	22,1	16,0	4,8	25,6	6,8	3,0	1,8	---	12,6	

ICIS 2008.

													Tableau 1.4		
Autres modes de paiement clinique des médecins en pourcentage du total de paiements cliniques, par province et territoire et au Canada, de 2000-2001 à 2005-2006															
	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada	
Exercice	(répartition en pourcentage)														
2000-2001	32,3	18,1	27,9	16,5	19,1	8,5	27,1	22,0	2,8	12,5				13,0	
2001-2002	39,3	18,1	30,2	18,0	21,3	11,9	28,0	24,2	6,8	17,5	4,7			16,3	
2002-2003	42,2	25,0	31,6	18,5	21,9	11,5	29,5	27,1	8,7	19,2	8,0			16,9	
2003-2004	41,8	30,5	35,7	22,1	23,0	16,0	29,9	25,9	9,1	19,7	11,5	97,4		19,6	
2004-2005	41,2	33,1	41,5	23,7	23,9	16,8	29,6	26,4	10,8	19,9	16,3	94,4		20,5	
2005-2006	38,0	35,8	42,8	25,3	24,1	18,4	31,3	25,9	12,3	20,4	16,0	96,1		21,3	
	(changement annuel en pourcentage)														
2000-2001	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
2001-2002	21,4	0,0	8,1	9,1	11,8	40,5	3,5	10,0	143,5	40,2	---	---	---	25,1	
2002-2003	7,4	38,1	4,8	2,9	2,6	-3,9	5,2	11,8	27,9	9,9	71,0	---	---	3,9	
2003-2004	-0,9	21,9	12,8	19,1	5,2	39,6	1,4	-4,5	4,9	2,3	43,3	---	---	15,4	
2004-2005	-1,2	8,5	16,1	7,3	3,7	5,1	-1,1	2,0	18,7	1,4	41,2	-3,1	---	4,7	
2005-2006	-7,9	8,2	3,2	6,9	0,7	9,5	5,8	-1,7	14,2	2,1	-1,5	1,8	---	4,2	

ICIS 2008.

Remarques

--- indique que les données ne s'appliquent pas à la catégorie en question.

Les cellules vides du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut indiquent les années où les données n'ont pas été soumises. Les chiffres étant arrondis, la somme des colonnes peut ne pas correspondre au total indiqué. La rémunération clinique totale correspond à la somme des paiements pour services médicaux cliniques provenant de la rémunération à l'acte et des autres modes de paiement.

Sources

Les paiements de la rémunération à l'acte sont fondés sur les données soumises à la Base de données nationale sur les médecins, sauf pour les Territoires du Nord-Ouest, qui ont soumis les données sur la rémunération à l'acte avec les données sur les autres modes de paiement clinique; l'information sur les autres modes de paiement clinique est recueillie auprès des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, sauf pour l'Ontario en 2001-2002 et le Manitoba de 2001-2002 à 2003-2004. La Base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS a servi de source pour l'estimation des données non déclarées par l'Ontario et le Manitoba.

Rémunération des médecins par d'autres modes de paiement, selon la spécialité, dans six provinces et un territoire

Cette année, l'ICIS a reçu les données agrégées sur la rémunération des médecins, selon la spécialité, de six provinces et un territoire, à savoir Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, le Québec, le Manitoba, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et les Territoires du Nord-Ouest. Les autres provinces et territoires n'ont pas été en mesure de fournir de telles données à l'ICIS, car ils ne recueillent pas ce type de données sur les autres modes de paiement. L'ICIS espère que le tableau inclura davantage de provinces et territoires l'an prochain.

Le tableau 2 présente, en première, la rémunération des médecins par spécialité en 2005-2006 et ce, pour six provinces et un territoire. On remarque des variations entre les différentes spécialités. À Terre-Neuve-et-Labrador, la proportion des autres modes de paiement clinique variait d'environ 3 % pour la rémunération clinique totale des dermatologues, des plasticiens et des neurochirurgiens, à environ 70 % pour les pédiatres. Au Nouveau-Brunswick, il n'existe pas d'autres modes de paiement clinique pour les dermatologues et les oto-rhino-laryngologistes; toutefois, la proportion des autres modes de paiement clinique pour les neurochirurgiens est d'environ 93 % de la rémunération clinique totale. Au Québec, la proportion des autres modes de paiement clinique variait d'environ 3 % pour la rémunération clinique totale des ophtalmologistes et des plasticiens, à environ 50 % pour les psychiatres et les neurochirurgiens. Au Manitoba, les proportions variaient de moins de 5 % pour la rémunération clinique totale des neurologues, des ophtalmologistes et oto-rhino-laryngologistes, à 88,7 % pour les neurochirurgiens. En Saskatchewan, il n'existe pas d'autres modes de paiement clinique pour les dermatologues et les physiatres; toutefois, la proportion des autres modes de paiement clinique pour les psychiatres et les pédiatres est d'environ 60 % de la rémunération clinique totale. Ce supplément d'information permet de détailler les dépenses par spécialité et ainsi de connaître la proportion de la rémunération à l'acte par rapport aux autres modes de paiement clinique dans les différentes spécialités. Ces renseignements sont utiles pour l'amélioration continue de la qualité des données sur les médecins au Canada et de la BDNM de l'ICIS.

Tableau 2 Paiements cliniques versés aux médecins rémunérés à l'acte et au moyen des autres modes de paiement selon la spécialité, dans certaines provinces, en milliers de dollars, 2005-2006

	T.-N.-L.		N.-B.		Qc		Man.		Sask.		C.-B.		T.N.-O. AMPC					
	RA	AMPC	RA	AMPC	RA	AMPC	RA	AMPC	RAA	AMPC	RA	AMPC						
Médecine familiale	61 285	32 106	34,4 %	107 799	39 009	26,6 %	927 792	302 128	24,6 %	156 805	83 070	34,6 %	173 809	53 587	23,6 %	774 364	60 789	19 200
Spécialités médicales	40 638	31 892	44,0 %	57 844	32 300	35,8 %	675 705	280 398	29,3 %	122 982	51 731	29,6 %	85 794	50 553	37,1 %	447 729	n.d.	4 537
Médecine interne	20 234	8 872	30,5 %	28 372	9 820	25,7 %	341 643	61 604	15,3 %	49 812	29 554	37,2 %	44 337	20 009	31,1 %	188 067	n.d.	1 702
Neurologie	1 203	1 841	60,5 %	2 259	1 101	32,5 %	34 798	6 711	16,2 %	4 703		0,0 %	3 892	509	11,6 %	20 431	n.d.	
Psychiatrie	4 819	8 217	63,0 %	4 876	11 759	70,7 %	81 665	109 701	57,3 %	19 927	11 477	36,5 %	7 970	12 906	61,8 %	88 499	n.d.	1 087
Pédiatrie	2 905	6 890	70,3 %	6 356	5 089	44,5 %	69 124	38 873	36,0 %	16 081	8 170	33,7 %	6 082	9 423	60,8 %	36 941	n.d.	1 271
Dermatologie	2 145	52	2,4 %	2 690		0,0 %	42 568	3 216	7,0 %	3 819	211	5,2 %	1 892		0,0 %	18 199	n.d.	
Physiatrie				547	1 533	73,7 %	9 689	5 344	35,6 %	2 005	507	20,2 %	588		0,0 %	5 514	n.d.	
Anesthésie	9 332	6 020	39,2 %	12 744	2 998	19,0 %	96 238	54 948	36,3 %	26 635	1 812	6,4 %	21 033	7 706	26,8 %	90 078	n.d.	477
Spécialités chirurgicales	37 161	13 545	26,7 %	69 703	7 562	9,8 %	454 844	69 287	13,2 %	84 066	15 600	15,7 %	83 577	16 916	16,8 %	343 194	n.d.	5 257
Chirurgie générale	8 018	4 513	36,0 %	12 246	2 111	14,7 %	99 273	28 931	22,6 %	20 454	4 265	17,3 %	21 087	4 945	19,0 %	57 276	n.d.	1 305
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	1 071	1 706	61,4 %	4 127	231	5,3 %	16 971	3 352	16,5 %	6 077	882	12,7 %	5 131	726	12,4 %	21 488	n.d.	
Urologie	3 223	147	4,4 %	7 119	516	6,8 %	39 744	3 292	7,6 %	4 810	1 179	19,7 %	4 695	1 041	18,1 %	26 826	n.d.	
Chirurgie orthopédique	6 007	1 993	24,9 %	10 829	4	0,0 %	53 177	9 873	15,7 %	12 758	1 640	11,4 %	11 131	2 333	17,3 %	47 423	n.d.	1 133
Chirurgie plastique	1 769	48	2,6 %	3 971	83	2,0 %	14 936	531	3,4 %	4 374	453	9,4 %	4 493	195	4,2 %	14 960	n.d.	
Neurochirurgie	1 724	47	2,7 %	1 774	2 194	92,7 %	7 518	6 891	47,8 %	547	4 301	88,7 %	1 698	2 417	58,7 %	11 684	n.d.	
Ophthalmologie	6 479	398	5,8 %	14 839	85	0,6 %	83 211	2 468	2,9 %	13 650	310	2,2 %	17 939	810	4,3 %	90 303	n.d.	446
Oto-rhino-laryngologie	5 106	355	6,5 %	6 105		0,0 %	44 949	5 033	10,1 %	4 936	257	4,9 %	5 582	257	4,4 %	24 715	n.d.	971
Obstétrique et gynécologie	3 764	4 338	53,5 %	10 293	2 338	18,5 %	95 065	8 916	8,6 %	16 460	2 313	12,3 %	11 821	4 192	26,2 %	48 519	n.d.	1 402
Autres spécialités	n.d.	8 354	n.d.	n.d.	856	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	15 156	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	969
Spécialités — Total	77 799	53 791	40,9 %	127 547	40 718	24,2 %	1 130 549	349 686	23,6 %	207 048	82 487	28,5 %	169 371	67 469	28,5 %	790 923	161 700	10 763
Médecins — Total	139 084	85 897	38,2 %	235 346	79 727	25,3 %	2 058 341	651 814	24,1 %	363 853	165 557	31,3 %	343 180	121 056	26,1 %	1 565 287	222 489	29 963

Remarques

n.d. = Non disponible

* Pourcentage des autres modes de paiement clinique par rapport au total des paiements cliniques versés aux médecins.

Rémunération à l'acte est abrégé par RA et Autres modes de paiement clinique par AMPC.

Autres spécialités comprend la radiologie et la pathologie. Ces paiements ont été inclus dans les totaux cliniques agrégés propres à chaque province et territoire; ils ont donc été inclus ici. Une cellule vide indique qu'aucun paiement n'a été déclaré dans la catégorie en question.

Les paiements en vertu du programme de maintien en poste en zone rurale et de disponibilité de la Colombie-Britannique ne sont pas inclus dans le tableau 2, car la ventilation des paiements par spécialité n'était pas disponible pour l'année en question. Les paiements contractuels (143 millions de dollars en 2005-2006) sont attribués à une spécialité en fonction de la nature de la majorité des services du contrat, et non la spécialité du ou des praticiens exécutant le travail. Pour cette raison, les pourcentages ne sont pas présentés.

Les données sur la rémunération à l'acte aux Territoires du Nord-Ouest n'étaient pas disponibles.

Les totaux de la Saskatchewan et de Terre-Neuve-et-Labrador présentés ici et au tableau 3 diffèrent légèrement en raison des révisions apportées aux données sur les spécialités.

Sources

Les paiements de la rémunération à l'acte reposent sur les données soumises à la Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé; l'information sur les autres modes de paiement clinique est recueillie auprès des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

Autres modes de paiement clinique selon la catégorie de paiement

Le tableau 3 donne des détails sur différentes catégories des autres modes de paiement liés à des services cliniques utilisés par les provinces et territoires. Les paiements des services de disponibilité représentent une proportion considérable des autres modes de paiement clinique pour cinq des sept provinces qui en font état. Les résultats présentés au tableau 3 indiquent également que les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les sociétés médicales adoptent différentes méthodes de financement de certains programmes ou dépenses médicales en particulier. Par exemple, bien que 8 des 12 provinces et territoires déclarants fassent état de paiements salariaux, parmi les 12 provinces et territoires déclarants, seulement 2 font état de paiements par capitation. Veuillez consulter l'annexe A et la section sur les autres modes de paiement propres à chaque province et territoire pour obtenir des renseignements à ce sujet.

Paiements liés à des services non cliniques versés aux médecins

Le tableau 4 montre les catégories de paiement des médecins définies comme autres modes de paiement liés à des services non cliniques. Dans certains cas, ces autres catégories pourraient comprendre des sommes relativement petites liées à des services cliniques. Il est à noter que l'information du tableau 4 reflète les ententes de paiement ainsi que les ententes de déclaration dans les provinces et territoires. Par exemple, chaque province et territoire offre à ses médecins un ensemble d'avantages sociaux, mais certaines provinces et certains territoires ne soumettent pas de données sur les avantages. La catégorie intitulée « médecins en milieu hospitalier » représente principalement les paiements versés aux radiologistes et aux pathologistes. Dans certaines provinces et certains territoires, ces paiements sont tirés en tout ou en partie des budgets des hôpitaux et ne sont pas déclarés en tant que paiements versés aux médecins. L'information sur les paiements liés à des services non cliniques, bien qu'incomplète, est incluse dans le rapport pour les provinces et les territoires qui ont précisé ces paiements.

Tableau 3 Estimations des autres modes de paiement clinique par catégorie de paiement et par province et territoire, 2005-2006 (en milliers de dollars)

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Total
Salariés	70 593	11 014	19 098	41 741	73 799	36 220				10 053		29 963	262 518
Vacation	1 923		1 278	31 200	226 019	765			6 003	58 474			325 662
Capitation						45 887			3 855				49 742
Financement global	6 766		121 880			314 460		12 401					455 507
Psychiatrie			10 988			986							11 974
Pondéré		3 766			351 996	372 715				12 576			741 053
Zones nordiques et mal desservies						71 669		5 394		51 771			128 834
Service d'urgence et de disponibilité	5 910		39 568	5 579		213 797		20 801	75 300	126 148			487 103
Contractuel, non précisé				1 206			165 556	81 452	99 479	141 386	2 018		491 097
Total	85 192	14 780	192 812	79 726	651 814	1 056 499	165 556	120 048	184 637	400 408	2 018	29 963	2 983 452

Remarques

Le tableau ci-dessus fait seulement état des paiements quotidiens.

La catégorie « contractuel, non précisé » comprend :

- i. Les ententes de service en Colombie-Britannique.
- ii. Les paiements non répartis par programme.

Une cellule vide indique qu'aucun paiement n'a été déclaré dans la catégorie en question.

Les données du Nunavut ne sont pas disponibles.

Sources

Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

Tableau 4 Sommaire des paiements non cliniques des médecins selon la catégorie de paiement et la province ou le territoire, 2005-2006 (en milliers de dollars)

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Total
Inciutatifs ruraux		260			18 749					11 864	277		31 150
Médecins en milieu hospitalier		4 993	43 534	45 990				51 315					145 832
Avantages	1 120	952	8 566	10 044	6 805			18 831	28 242	65 300	500		140 360
Sous-total — paiements non cliniques	1 120	6 205	52 099	56 034	25 554			70 146	28 242	77 164	777		317 342

Remarques

Une cellule vide indique qu'aucun paiement n'a été déclaré dans la catégorie en question. Les données du Nunavut ne sont pas disponibles.

Sources

Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

L'effectif médical et les autres modes de paiement au Canada

Le tableau 5 démontre que 39,1 % des médecins au Canada ont été rémunérés pour des services assurés au moyen des autres modes de paiement (incluant les paiements cliniques et non cliniques). La proportion de médecins ayant bénéficié d'autres modes de paiement variait d'une province et d'un territoire à l'autre. Le tableau 5 détaille le nombre de médecins rémunérés au moyen d'autres modes de paiement, comparativement aux montants versés par les provinces et territoires présentés dans le tableau 1. Comme le montre le tableau 5, la proportion des médecins à qui on a versé d'autres modes de paiement allait de 10,3 % en Alberta à environ 96,1 % dans les Territoires du Nord-Ouest. En six ans (de 2000-2001 à 2005-2006), la proportion de médecins dont au moins une partie du revenu d'activités cliniques provenait des autres modes de financement a augmenté, passant de 28,1 % à 39,1 %.

Selon les renseignements fournis par les provinces et territoires au sujet du nombre de médecins dont au moins 50 % de tout le revenu d'activités cliniques provient d'autres modes de financement, il est clair que seule une minorité de médecins dépend des autres modes de paiement comme source principale de revenu en vertu des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie. Par exemple, pour environ 11 % des médecins de la Colombie-Britannique et environ le tiers des médecins de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick, au moins 50 % de tout le revenu d'activités cliniques provient d'autres modes de paiement. Par contre, presque tous les médecins des Territoires du Nord-Ouest (96,1 %) tirent d'autres modes de financement au moins 50 % de tout leur revenu d'activités cliniques.

Tableau 5 Nombre total des médecins et médecins ayant bénéficié d'autres modes de paiement, selon la province et le territoire, 2005-2006

	Nombre total de médecins	Nombre de médecins rémunérés au moyen d'autres modes de paiement	Pourcentage des médecins rémunérés au moyen d'autres modes de paiement	Nombre de médecins principalement rémunérés au moyen d'autres modes de paiement	Pourcentage de médecins principalement rémunérés au moyen d'autres modes de paiement
T.-N.-L.	1 049	397	37,8 %	21	2,0 %
Î.-P.-É.	233	128	54,9 %	86	36,9 %
N.-É.	2 220	1 689	76,1 %	525	23,6 %
N.-B.	1 444	844	58,4 %	495	34,3 %
Qc	14 605	8 918	61,1 %	n.d.	n.d.
Ont.	22 555	6 495	28,8 %	3 100	13,7 %
Man.	2 317	1 732	74,8 %	418	18,0 %
Sask.	1 708	404	23,7 %	n.d.	n.d.
Alb.	5 912	608	10,3 %	n.d.	n.d.
C.-B.	8 998	2 633	29,3 %	1 013	11,3 %
Yn	64	8	12,5 %	8	12,5 %
T.N.-O.	78	75	96,1 %	75	96,1 %
Total	61 183	23 931	39,1 %	n.d.	n.d.

Remarques

n.d. = Non disponible.

Le nombre de médecins signalé reflète généralement le nombre total de médecins inscrits aux régimes provinciaux d'assurance-maladie et peut dépasser le nombre de médecins réellement rémunérés.

Le nombre de médecins au Nouveau-Brunswick exclut les radiologistes et les spécialistes en laboratoire.

Le nombre de médecins rémunérés à l'aide des autres modes de paiement peut compter en double les médecins de certaines provinces et de certains territoires qui bénéficient de plus d'un autre mode de paiement.

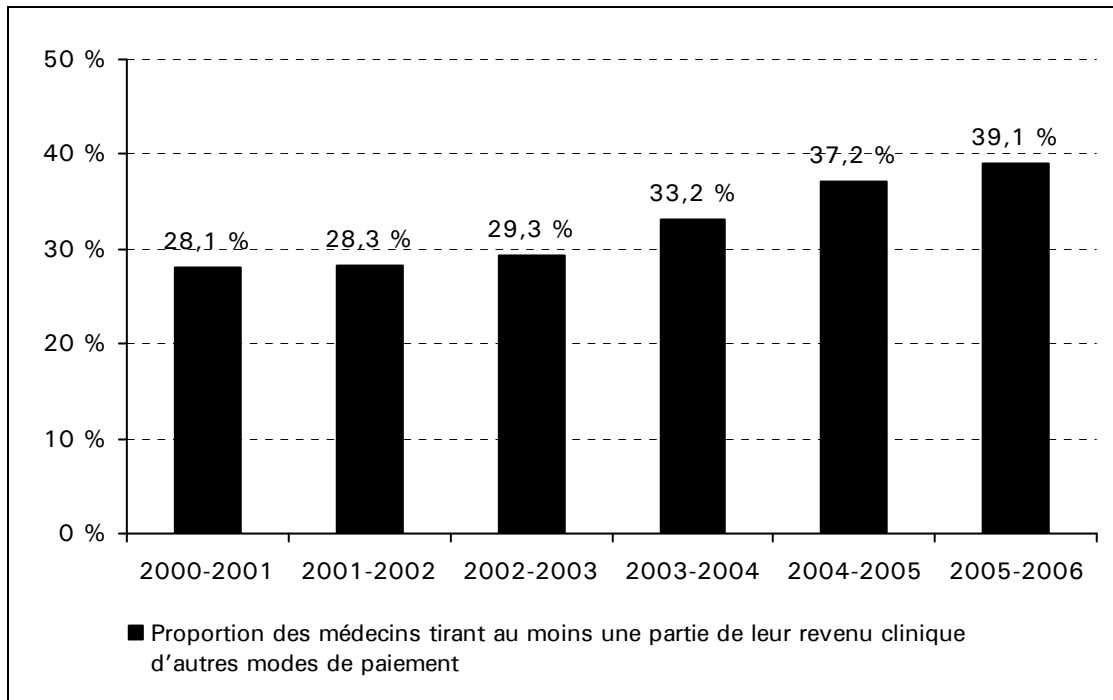
Certaines provinces n'ont pas déclaré le nombre de médecins dont 50 % ou plus de la rémunération provient d'autres modes de paiement.

Les données du Nunavut ne sont pas disponibles.

Sources

Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

Figure 3 Proportion des médecins tirant au moins une partie de leur revenu clinique au moyen d'autres modes de paiement au Canada, de 2000-2001 à 2005-2006



Remarques

Les soumissions de données ont d'abord été reçues, puis intégrées, en date de 2001-2002 pour le Yukon et de 2003-2004 pour les Territoires du Nord-Ouest. Les données excluent le Nunavut.

Sources

Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

Cette année, nous présentons pour la première fois les tendances sur la proportion des médecins ayant bénéficié d'autres modes de paiement au Canada. Comme le montre la figure 3, la proportion de médecins recevant au moins une partie de leur revenu d'activités cliniques au moyen d'autres modes de financement a augmenté, passant de 28,1 % à 39,1 % en 6 ans (de 2000-2001 à 2005-2006). De 2004-2005 à 2005-2006, la proportion de médecins bénéficiant d'autres modes de paiement a augmenté de 5 %, ce qui est inférieur à la hausse de 13 % enregistrée de 2003-2004 à 2004-2005. Bien que les médecins puissent recevoir des paiements de multiples sources, rien ne prouve que moins de médecins soient rémunérés à l'acte. Toutefois, la popularité des autres modes de paiement est à la hausse.

Estimation sur les équivalents à temps plein

Globalement, les activités des médecins financées par les autres modes de paiement représentent une estimation de 6 407 ETP (tableau 5). La proportion de médecins ETP rémunérés par d'autres modes de paiement équivaut à 12,4 % de la totalité des médecins ETP au Canada. La proportion de médecins ETP rémunérés au moyen d'autres modes de paiement varie de moins de 10 % du total des ETP en Alberta et en Ontario à environ 25 % au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Nouvelle-Écosse.ⁱⁱⁱ

Tableau 6 Total estimé des ETP rémunérés à l'acte et au moyen des autres modes de paiement clinique, selon la province, 2005-2006

	Nombre estimé de médecins équivalents à temps plein			Répartition	
	RA	AMPC	Total	RA	AMPC
T.-N.-L.	671	205	876	76,6 %	23,4 %
Î.-P.-É.	135	38	173	78,2 %	21,8 %
N.-É.	1 013	379	1 391	72,8 %	27,2 %
N.-B.	868	304	1 173	74,0 %	26,0 %
Qc	10 923	1 730	12 653	86,3 %	13,7 %
Ont.	18 692	2 112	20 804	89,8 %	10,2 %
Man.	1 504	342	1 846	81,5 %	18,5 %
Sask.	1 256	228	1 483	84,6 %	15,4 %
Alb.	4 353	306	4 658	93,4 %	6,6 %
C.-B.	5 973	764	6 736	88,7 %	11,3 %
Total	45 387	6 407	51 794	87,6 %	12,4 %

Remarques

Rémunération à l'acte est abrégé par RA et Autres modes de paiement clinique par AMPC.

Les chiffres étant arrondis, la somme des colonnes peut ne pas correspondre au total indiqué. Les territoires ne sont pas inclus étant donné le faible nombre d'ETP qui y sont rémunérés à l'acte ou au moyen d'autres modes de paiement.

Sources

Comme il est indiqué dans la section Méthodologie du présent rapport, les estimations concernant les ETP rémunérés à l'acte proviennent du rapport *Les médecins au Canada : Paiements à l'acte bruts moyens, 2005-2006* (voir l'annexe C, tableau C1). Les estimations concernant les ETP rémunérés au moyen d'autres modes de paiement clinique proviennent des données fournies par les ministères provinciaux de la Santé pour le présent rapport.

iii. La section Méthodologie au début du présent rapport comprend une description de la méthodologie relative aux ETP.

L'inclusion des données sur les autres modes de paiement clinique donne un aperçu plus complet du nombre de médecins ETP au pays. D'après ces renseignements supplémentaires, lorsqu'on combine les ETP rémunérés à l'acte et au moyen des autres modes de paiement, le nombre d'ETP par 100 000 habitants varie moins parmi les provinces que lorsqu'on tient uniquement compte des médecins rémunérés à l'acte. Comme le montrent le tableau 7 et la figure 4, d'après le total des paiements d'activités cliniques, on comptait 162 ETP par 100 000 habitants au Canada. Terre-Neuve-et-Labrador figurait en tête de peloton (170); suivaient le Québec et l'Ontario, chacune de ces deux provinces ayant un nombre presque identique d'ETP par 100 000 habitants (167 et 166, respectivement). Comme l'indique le tableau 7, les provinces qui se situent sous la médiane des ETP rémunérés à l'acte sont susceptibles de se retrouver au-dessus de la médiane des ETP rémunérés au moyen d'autres modes de paiement^{iv}.

Tableau 7 Total estimé des médecins ETP par 100 000 habitants, selon la catégorie de paiement et la province, 2005-2006

	Nombre estimé d'ETP par 100 000 habitants		
	RA	AMPC	Total
T.-N.-L.	130	40	170
Î.-P.-É.	98	27	125
N.-É.	109	41	149
N.-B.	117	41	158
Qc	144	23	166
Ont.	149	17	166
Man.	128	29	157
Sask.	127	23	150
Alb.	133	9	142
C.-B.	140	18	158
Total	142	20	162

Remarques

Rémunération à l'acte est abrégé par RA et Autres modes de paiement clinique par AMPC.

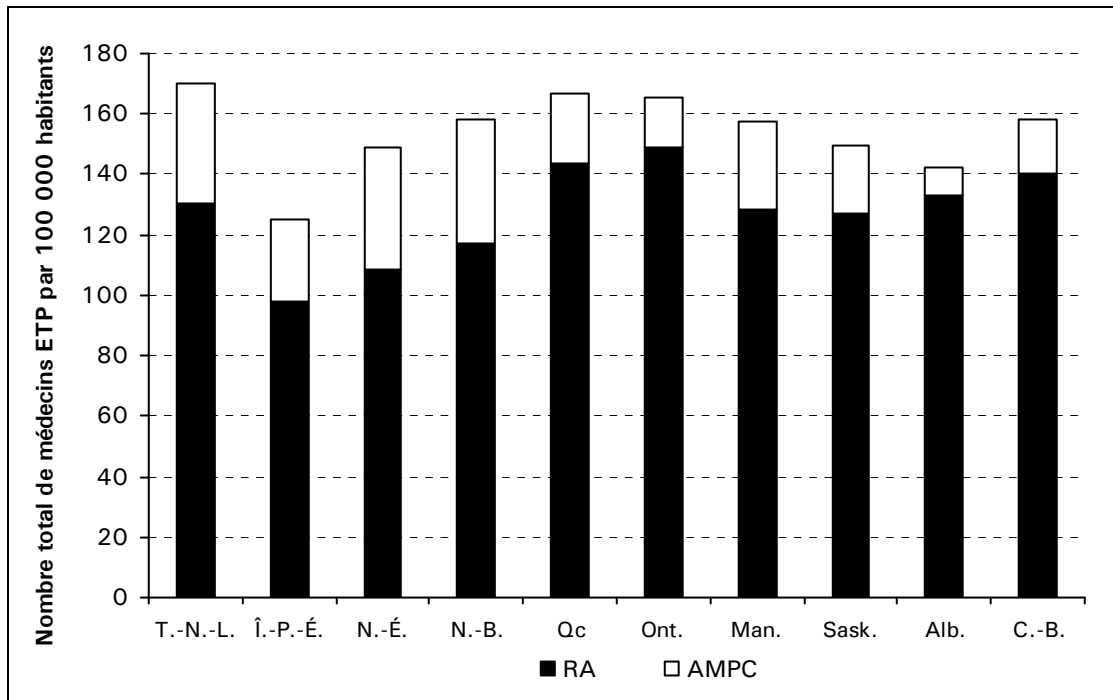
Les territoires ne sont pas inclus étant donné le faible nombre dans les cellules RA ou AMPC.

Sources

Les estimations des médecins ETP par 100 000 habitants sont tirées des estimations démographiques canadiennes nettes de Statistique Canada, par province et territoire pour 2005-2006 (voir l'annexe C, tableau C2). Les estimations concernant les ETP rémunérés au moyen d'autres modes de paiement clinique proviennent des données fournies par les ministères provinciaux de la Santé pour le présent rapport.

iv Statistiquement, le coefficient de variation (défini comme l'écart-type divisé par la moyenne) parmi les provinces chute d'environ 10 % à 5 %.

Figure 4 Total estimé des médecins ETP par 100 000 habitants, selon la catégorie de paiement et la province, 2005-2006



Remarques

Rémunération à l'acte est abrégé par RA et Autres modes de paiement clinique par AMPC.

Les territoires ne sont pas inclus en raison des nombres peu élevés dans les cellules de la RA ou des AMPC.

Sources

Les estimations des médecins ETP par 100 000 habitants sont tirées des estimations démographiques canadiennes nettes de Statistique Canada, par province et territoire pour 2005-2006 (voir l'annexe C, tableau C2). Les estimations concernant les ETP rémunérés au moyen d'autres modes de paiement clinique proviennent des données fournies par les ministères provinciaux de la Santé pour le présent rapport.

Autres modes de paiement par province et territoire

La présente section contient des détails sur les autres modes de paiement fournis par chaque province et territoire, soit les catégories indiquées dans la série de documents sur les autres modes de paiement de la BDNM. Les provinces et territoires déclarent chacun les services visés par les programmes d'autres modes de paiement selon une méthode qui répond à leurs propres besoins. Cette information a été fournie et vérifiée par chaque province et territoire au cours de la préparation du présent rapport, et est considérée exacte en date d'octobre 2007.

Terre-Neuve-et-Labrador

Salariés : Environ 40 % des médecins salariés sont des omnipraticiens et les 60 % restants sont des médecins spécialistes. Les omnipraticiens dans les 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 and Labrador Medical Association (NMA) permet aux médecins de devenir des salariés des conseils régionaux s'ils le souhaitent. Bon nombre de médecins universitaires ont choisi de le faire.

Le salaire est 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; et (2) étant donné que bon nombre de médecins ruraux sont des diplômés de l'étranger et ne sont pas entièrement autorisés à pratiquer au Canada, ils n'ont pas le droit d'être rémunérés à l'acte. Les diplômés internationaux en médecine rémunérés au moyen d'autres modes de paiement peuvent passer à la rémunération à l'acte une fois qu'ils possèdent tous leurs titres 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 d'urgence à l'hôpital. Les médecins qui travaillent de nuit préfèrent en général la vacation. La rémunération à la vacation est aussi liée à la prestation de soins spécialisés, notamment dans les cliniques de diabète, de fibrose kystique et de consultation en génétique.

Financement global : Les ententes de financement global existent pour les chirurgies cardiaques, les chirurgies pédiatriques, de même que certains services d'anesthésie. Ces ententes fixent les montants des services prescrits au sein des groupes de médecins spécialistes.

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

Île-du-Prince-Édouard

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, en laboratoire et en anesthésie. 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 en milieux urbains (pratique sur les lieux) et ruraux (service de disponibilité).

Financement pondéré : Le financement pondéré est destiné aux médecins optant pour une rémunération fondée sur une modalité « tout compris » à taux horaire plutôt qu'une modalité salariale qui offrirait d'autres admissibilités telles qu'une pension, une couverture en cas d'incapacité à long terme, des vacances payées, une formation médicale continue, des journées de congé de maladie, etc. Le financement pondéré inclut également l'allocation de disponibilité 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 en fonction de la population et 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.

Nouvelle-Écosse

Contrats de rémunération au moyens d'autres modes de paiement : Le nombre de médecins rémunérés pour des services assurés au moyen des autres modes de paiement plutôt qu'à l'acte continue d'augmenter. À l'heure actuelle, il existe plusieurs options de contrat et le ministère de la Santé est ouvert à d'autres propositions en vue d'améliorer les soins aux patients dans la province. Il existe présentement des contrats régionaux pour les spécialistes en anesthésiologie, en gériatrie, en néonatalogie, en pédiatrie, en obstétrique et en gynécologie, ainsi qu'en soins palliatifs. Dans certaines régions rurales, les omnipraticiens disposent d'ententes salariales. Dans les régions désignées, les omnipraticiens et les infirmières praticiennes disposent également de contrats qui appuient la pratique de groupe. Tous les médecins sous contrat sont considérés comme des entrepreneurs indépendants et non des employés. Peu de médecins sont salariés.

Nouvelle-Écosse (suite)

Paiements pour les services d'urgence et de disponibilité en zone rurale : À la fin des années 1990, la province a accepté de verser des paiements forfaitaires aux médecins qui travaillent dans les services d'urgence en milieu rural ou qui fournissent des services en disponibilité là où il n'existe pas de service d'urgence. Les paiements pour les services d'urgence sont fondés sur la formule Murray (pour les niveaux 1 et 2), et les données sont soumises tous les ans. De plus, des fonds sont affectés aux services de garde des spécialistes et des médecins de famille.

Vacation : Les ententes de vacation sont utilisées pour les services préapprouvés d'un médecin embauché sur une base temporelle. 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 exercent aussi dans leur propre collectivité et sont rémunérés à l'acte. Les ententes de vacation sont conclues pour la prestation de soins dans les centres de détention, de désintoxication, les cliniques Femmes en bonne santé et les centres de santé pour les jeunes, de même que pour la prestation de soins aux patients hospitalisés qui n'ont pas de médecin de famille.

Financement global : Les ententes de financement global concernent habituellement les centres universitaires et sont en vigueur dans la Capital District Health Authority et le IWK Health Sciences Centre (chirurgie, neurochirurgie, médecine familiale, oto-rhino-laryngologie, onco-radiologie, pathologie, gyné-oncologie, soins intensifs, psychiatrie, imagerie diagnostique). En 2006, on a élaboré un nouveau cadre de rémunération au moyen d'autres modes de paiement et de financement qui constitue un modèle pondéré de rémunération. À l'heure actuelle, les départements de médecine, d'anesthésie et de médecine d'urgence ainsi que la division de neurochirurgie ont été convertis à ce nouveau cadre, qui comprend des résultats attendus et des objectifs de facturation.

Financement en fonction de la population et 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 d'autres ententes de paiement contractuel.

Nouveau-Brunswick

Salariés ou contractuels : Certains omnipraticiens et spécialistes qui dispensent des services cliniques au Nouveau-Brunswick touchent un salaire établi en fonction du régime de rémunération médical et de certaines clauses relatives aux sections I et III de la fonction publique du Nouveau-Brunswick.

Le régime de rémunération médical comporte quatre volets : les omnipraticiens, les spécialistes non autorisés, les spécialistes et les chefs d'unité. Certains omnipraticiens et spécialistes ne peuvent parfois toucher qu'un salaire. Par exemple, les médecins des centres de santé communautaire ne peuvent pas obtenir une rémunération autre qu'un salaire. De même, les médecins dont la pratique est restreinte, et qui ne peuvent donc pas bénéficier de la rémunération à l'acte, touchent un salaire.

Les médecins salariés exercent entre autres dans les spécialités suivantes : anesthésie, gériatrie, maladies infectieuses, médecine interne, rhumatologie, néonatalogie, pédiatrie, psychiatrie, onco-radiologie, oncologie médicale, chirurgie générale et médecine générale.

Vacation : Les services d'urgence des huit hôpitaux régionaux de la province utilisent la rémunération à la vacation 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les établissements non régionaux gèrent leur service d'urgence à l'aide d'une gamme d'options de paiements dont la rémunération à l'acte, l'allocation de disponibilité, les taux à la vacation ou une combinaison des trois.

Les ententes de financement à la vacation sont également utilisées pour rémunérer les médecins qui dispensent des services dans les centres de soins infirmiers, les centres de détention, les centres de désintoxication, les centres de santé mentale, les cliniques pédiatriques et les cliniques de soins génésiques.

Financement en fonction de la population et soins primaires : La capitation n'est pas utilisée.

Contrats, autres modes de paiement : Certains médecins jouissent de contrats exhaustifs avec rémunération. Ce type de contrat ne fait pas partie du barème du régime de rémunération médical. Il peut par contre prévoir la possibilité de toucher une rémunération à l'acte.

Revenu garanti : Quelques médecins ont un revenu annuel garanti fondé sur les gains touchés par la rémunération à l'acte. Si les médecins n'ont pas atteint leur revenu garanti après avoir facturé les actes, l'unité leur paie le reste.

Collecte d'information : La collecte d'information se fait par la facturation pro forma dans le cas des médecins qui sont passés de la rémunération à l'acte aux 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

Salariés : La rémunération à la vacation (omnipraticiens) et pondérée (spécialistes) a gagné en popularité. Ainsi, le salaire est un mode de moins en moins populaire. Toutefois, environ 40 % des sommes versées aux omnipraticiens employés dans des centres locaux de services communautaires (CLSC) et 30 % des sommes versées aux omnipraticiens qui exercent en soins psychiatriques le sont sous forme de salaires.

Vacation : La rémunération à la vacation sert à rembourser les médecins (surtout des omnipraticiens) œuvrant dans les programmes de santé communautaire, pour les travaux administratifs dans les cliniques de santé familiale, dans les soins gériatriques de longue durée et qui exercent dans certains établissements psychiatriques et en région.

Paiements pondérés : Il s'agit d'un programme présenté à la fin de l'année 1999 et qui constitue une autre forme de rémunération pour les spécialistes. Les médecins qui y participent bénéficient d'un taux quotidien fixe, plus un pourcentage des taux de rémunération à l'acte des services couverts. Environ 3 300 spécialistes ont été rémunérés au moyen des autres modes de paiement et de ce programme en 2003-2004, année où le taux fixe représentait 85 % des autres modes de paiement et environ 30 % des paiements totaux versés aux spécialistes qui avaient un contrat de rémunération pondérée.

Financement global : Cette forme de remboursement n'est pas utilisée. Les médecins qui pratiquent dans les centres universitaires des sciences de la santé sont souvent rémunérés par paiements pondérés.

Financement en fonction de la population et soins primaires : La capitation n'est pas utilisée.

Collecte d'information : Tous les programmes sont gérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Les systèmes de déclaration intègrent des données sur les visites dans la rémunération à l'acte.

Ontario

Salariés : Les centres de santé communautaire en Ontario possèdent des conseils communautaires et rémunèrent les médecins au moyen de salaires. Certains des autres programmes liés à d'autres modes de paiement peuvent verser 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 facturables dans des zones mal desservies et chez les populations à risque élevé. Ce type de paiement permet de rémunérer les médecins à un taux horaire ou à la vacation équivalant à plusieurs heures consacrées au traitement des patients. Ces heures tombent souvent en dehors des heures normales de travail. Il y a encore quelques hôpitaux qui paient leurs médecins urgentologues par la vacation Scott (Scott Sessional) au lieu de recourir à la rémunération à l'acte, recommandée par le rapport Scott de 1995^v sur les services médicaux dans les services d'urgences situés en zone rurale ou dans les petites localités.

Financement global : La majorité des services dispensés par les médecins en salle d'urgence, dans les unités néonatales de soins intensifs ainsi que dans les services d'oncologie pédiatrique et gynécologique font l'objet d'un financement global. Le financement global est accordé à un groupe ou à une association de médecins qui doit établir une structure de gouvernance interne définissant comment les médecins seront payés pour les services négociés en vertu du contrat des programmes liés aux autres modes de paiement.

Financement en fonction de la population et soins primaires : Il existe deux types principaux de modèles financés en fonction de la population. Les deux sont pour les 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 multidisciplinaires, financés selon un modèle de paiement strictement en fonction de la population. Le deuxième vise les médecins qui exercent au sein du Réseau Santé familiale de l'Ontario. Il s'agit d'un modèle de financement pondéré qui fait appel au paiement à la capitation pour un nombre de base de codes, mais il permet la facturation à l'acte pour tous les autres codes.

v. G. W. S. Scott, *Report of the Fact Finder on the Issue of Small/Rural Hospital Emergency Department Physician Service*, rapport final présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à l'Ontario Medical Association (22 mars 1995).

Ontario (suite)

Contractuels : Tous les programmes liés aux autres modes de paiement de l'Ontario sont régis par une entente contractuelle. Actuellement, le Ministère préfère tout d'abord négocier centralement une entente modèle avec l'Ontario Medical Association pour 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, l'Ontario Medical Association et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les médecins participants reçoivent un financement prédéterminé pour dispenser les services visés par la liste du contrat négocié. Tous les contrats font continuellement l'objet de suivi et d'évaluation, ce qui permet de garantir des niveaux adéquats de services et de répondre aux exigences.

Collecte d'information : Tous les programmes liés aux autres modes de paiement sont assortis d'exigences de déclaration clairement définies dans les contrats. La forme la plus commune, la facturation pro forma, suit parallèlement le système de rémunération à l'acte. Cependant, on n'attribue aucune valeur aux paiements des services couverts par le contrat. Dans les ententes sans facturation pro forma, on fait appel à d'autres méthodes de déclaration afin d'assurer des niveaux adéquats de service et de responsabilisation. En outre, quelques contrats stipulent une facturation pro forma et d'autres formes de déclaration selon les services dispensés. Par exemple, les autres modes de financement des services 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 dans les hôpitaux d'enseignement de Winnipeg (centre des sciences de la santé et hôpital général de Saint-Boniface) sont rémunérés en partie à l'acte et en partie par d'autres modes de financement. Les services d'urgence dispensés à l'extérieur de Winnipeg sont financés uniquement au moyen des 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 des médecins de famille) dans les régions éloignées touchent un salaire du régime d'assurance-maladie ou de la Northern Medical Unit.

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

Financement global : On utilise une combinaison de rémunération à l'acte et d'autres modes de financement pour rémunérer les oncologues de Cancer Care Manitoba. Les oncologues visés par cette entente doivent facturer un montant minimal d'honoraires à l'acte afin d'être admissibles au paiement en vertu d'autres modes de financement.

Manitoba (suite)

Financement en fonction de la population et soins primaires : Quoiqu'elle ne soit pas utilisée par Santé Manitoba, la capitation n'a pas été exclue.

Collecte d'information : Le programme d'assurance-santé recueille des données au niveau des visites sur les omnipraticiens salariés en régions rurales et nordiques. Chaque agence payeuse est responsable de l'information liée aux autres modalités. Ces agences ne fournissent pas de données sur les rencontres.

Saskatchewan

Salariés : Un pourcentage relativement faible des médecins de la Saskatchewan sont salariés. Les régies régionales de la santé proposent des postes salariés dans certaines régions (services d'urgence, de santé mentale, médecins d'établissement), mais les services contractuels ou à la vacation sont beaucoup plus fréquents. La majorité des médecins qui travaillent en Saskatchewan dans les quatre 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 rembourse le salaire des médecins qui travaillent dans les centres anticancéreux.

Vacation : Les régies régionales de la santé accordent des contrats de services à la vacation à certains médecins, notamment aux psychiatres, à certains urgentologues et à des 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 le sont par des contrats de service, soit la plupart des médecins qui ont reçu un contrat des régies régionales de la santé, y compris les médecins urgentologues, les pathologistes et les médecins de soins primaires. Certains médecins qui travaillent au College of Medicine ont un contrat de service ou des allocations cliniques.

Rémunération à l'acte gérée par les régies régionales de la santé : Certaines régions accordent à des médecins des contrats de services cliniques rémunérés à l'acte qui sont gérés par les régies régionales de la santé en fonction d'un barème semblable à celui de la direction des services médicaux. Il s'agit du principal modèle de rémunération en radiologie en milieu hospitalier.

Paiements pondérés : Les anesthésistes de Regina et Saskatoon sont dans la plupart des cas rémunérés à l'acte. Toutefois, la prestation d'une anesthésie en obstétrique est financée par un contrat de service selon d'autres modes de paiement. Les néphrologues transplantologues sont rémunérés à l'acte, mais ils reçoivent une allocation supplémentaire pour l'administration, la recherche de donneurs et la consultation familiale liées à chacune des transplantations rénales. La plupart des contrats selon d'autres modes de paiement permettent la facturation à l'acte des services dispensés aux bénéficiaires d'autres provinces.

Saskatchewan (suite)

Paiements pour les services d'urgence de médecine générale et de disponibilité en zone rurale : Le programme de disponibilité des fins de semaine mis en œuvre en février 1997 et le programme de services assurés en salle d'urgence établi en décembre 1997 sont gérés par la direction générale des services médicaux à l'aide du système de traitement des demandes de remboursement; les codes des frais sont définis comme des unités de temps.

Programme de mise en disponibilité de spécialistes en salle d'urgence : Mis en œuvre en juillet 2001, ce programme est géré conjointement par les régies régionales de la santé, le Ministère et la Saskatchewan Medical Association. Les spécialistes en rotation de disponibilité réglementaire reçoivent une allocation quotidienne pour leur disponibilité relativement aux nouveaux patients d'urgence (non assignés).

Collecte d'information : La soumission de données sur les visites est une exigence de tous les contrats liés aux autres modes de paiement, mais le niveau de conformité varie. Les demandes de remboursement sont habituellement soumises selon un processus de facturation pro forma qui utilise les codes des barèmes de frais provinciaux. Les données sur les rencontres sont soumises de cette façon par les cliniques communautaires. Les données sur les visites ne sont pas disponibles pour les services dispensés par l'entremise du Clinical Services Fund, ni pour les services dispensés par la plupart des médecins en milieu hospitalier (service d'urgence, associés aux soins critiques, médecins d'établissements, radiologistes), par les médecins des Northern Medical Services, les psychiatres contractuels, les médecins salariés qui exercent dans des centres anticancéreux, ainsi que les pathologistes.

Alberta

Salariés, contractuels : Dans un modèle contractuel, le financement s'appuie sur un montant négocié à l'avance pour un volume prédéterminé de services dispensés sur une période de temps précise. En 2006-2007, l'Alberta comptait 13 projets de financement contractuel.

Programmes de financement contractuel universitaire : Ces programmes permettent de rassembler et d'intégrer les différentes sources de financement utilisées pour rémunérer les médecins des facultés de médecine pour toute la gamme de services qu'ils dispensent. Ces services peuvent comprendre l'enseignement, la recherche, les services cliniques et l'administration. En 2006-2007, l'Alberta comptait sept régimes de financement universitaire.

Vacation : Dans ce modèle, les médecins sont payés selon un taux prédéterminé (habituellement un taux horaire) pour la prestation, pendant une période de temps fixe, de services médicaux couverts précisés par un programme structuré. En 2006-2007, l'Alberta comptait 16 projets de vacation.

Alberta (suite)

Financement global : Le financement global est semblable au financement par contrats, sauf que sa portée et son ampleur sont différentes. Aux termes du financement global, tous les médecins d'une région géographique donnée (p. ex. à l'échelle régionale ou provinciale) et exerçant au sein d'une seule et unique discipline reconnue acceptent de dispenser, la majeure partie du temps, tous leurs services médicaux dans un ou plusieurs établissements précisés en échange d'un montant négocié. En 2006-2007, l'Alberta ne comptait aucun projet de financement global.

Financement en fonction de la population et soins primaires : On se sert du modèle de la capitation pour la prestation de services de médecine familiale ou de soins primaires. Un cabinet de médecin reçoit une somme annuelle prédéterminée pour chacun de ses patients. Le montant affecté au financement couvre une série de services médicaux assurés. En 2006-2007, l'Alberta comptait deux projets de capitation.

Collecte d'information : La collecte d'information sur les services assurés par d'autres modes de paiement se fait actuellement à l'aide des codes existants pour la rémunération à l'acte (mais sans que le nombre de services ni les sommes d'argent en question soient comptés).

Colombie-Britannique

Le programme des autres modes de paiement de la Colombie-Britannique est géré par la division des Services médicaux et du ministère de la Santé. Le programme alloue des fonds aux cinq régies régionales de la santé de la province et à la régie provinciale de la santé, qui à leur tour engagent des médecins à contrat pour dispenser des programmes de services de soins de santé.

Contrats de service : Au titre du programme lié aux autres modes de paiement, les régies régionales de la santé peuvent faire une demande de financement de programmes précis de services de soins de santé. La régie régionale et le programme négocient ensemble une entente de service, puis la régie régionale embauche des médecins ou leur accorde des contrats pour la fourniture de services visés par une enveloppe réservée à des programmes en particulier. La prestation des services et la rémunération des médecins sont définies dans des contrats médicaux; celles-ci sont conformes aux conditions de l'entente de financement de la régie avec le programme, ainsi qu'à l'entente cadre nouvellement signée avec les médecins. L'entente englobe et remplace les ententes précédentes intervenues entre les médecins et le gouvernement, la Medical Services Commission et la British Columbia Medical Association (BCMA).

Colombie-Britannique (suite)

Vacation : En plus des ententes de contrat de service, les régies régionales de la santé peuvent faire une demande au titre du programme des autres modes de paiement pour financer leurs paiements des médecins à la vacation, où 3,5 heures équivalent à une séance de temps de médecin et où une séance peut être répartie en quarts d'heure. La régie régionale et le programme négocient le nombre de séances nécessaires pour dispenser un programme de santé en particulier, et le programme alloue ces séances à la régie régionale. À mesure que les séances sont dispensées, 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. L'entente cadre avec les médecins nouvellement signée présente les conditions relatives aux paiements à la vacation.

Collecte de renseignements : La déclaration constitue une condition du financement des autres modes de paiement des autorités sanitaires. En outre, elle est nécessaire pour répondre aux exigences de la responsabilisation. En plus des données recueillies dans les systèmes des autres modes de paiement, la déclaration des régies régionales de la santé comprend également l'information sur les visites des patients pour appuyer la collecte de données nécessaire à la surveillance et à l'évaluation des contrats ainsi qu'à la planification des services de santé.

Programme de financement pondéré — Soins de santé primaires en fonction de la population : Dans le cas des soins de santé primaires, la Direction des services médicaux du ministère de la Santé gère également un modèle de financement pondéré en fonction de la population. Les contrats sont négociés entre le ministère et les régies régionales de la santé pour la prestation de services de base précis pour une population déterminée. Les autorités sanitaires dispensent alors le service directement ou accordent un contrat à des cabinets privés. La rémunération de chaque médecin est entièrement déterminée par la régie régionale ou le cabinet privé. Le financement des services est pondéré, soit une combinaison du financement en fonction de la population pour les services de base dispensés auprès d'une population définie, plus la rémunération à l'acte pour tous les autres services. La partie du financement en fonction de la population est fondée sur un modèle de capitation ajusté pour le risque, qui tient compte des répercussions de la comorbidité sur l'utilisation des ressources. Le financement et le paiement en vertu de ce modèle sont directement liés à la soumission exacte et en temps opportun des données sur les visites et les demandes de remboursement; donc l'observation des exigences de déclaration pour ce modèle est rigoureuse.

Yukon

Au Yukon, la majorité des médecins résidents facturent à l'acte. Étant donné que le Yukon ne compte pas une population suffisante pour justifier le recrutement de médecins spécialistes résidents, bon nombre de spécialistes itinérants et de médecins remplaçants arrivent au Yukon et le quittent en quelques semaines seulement. Ces spécialistes itinérants et médecins remplaçants facturent principalement les services médicaux à l'acte au régime d'assurance-maladie du Yukon. Les médecins itinérants qui touchent la vacation sont trop peu nombreux pour qu'il y ait déclaration (moins de cinq).

Programmes relatifs aux autres modes de paiement : Un petit nombre de médecins du Yukon ont un contrat avec la direction des services de santé et adoptent la facturation pro forma auprès du régime d'assurance-maladie du Yukon. Les contrats en vertu des autres modes de paiement sont négociés par chacun des médecins et sont sujets aux dispositions décrites dans le protocole d'entente entre l'association médicale du Yukon et la direction des services de santé.

Collecte d'information : La facturation pro forma est utilisée pour recueillir de l'information sur le nombre de services dispensés par les médecins à contrat et sur les coûts qui y sont rattachés.

Territoires du Nord-Ouest

Salariés : Les Territoires du Nord-Ouest versent des salaires à des spécialistes en anesthésiologie, en chirurgie générale, en médecine interne, en obstétrique et gynécologie, en orthopédie, en oto-rhino-laryngologie, en psychiatrie et en pédiatrie qui pratiquent en milieu hospitalier. De plus, les Territoires du Nord-Ouest ont des médecins salariés pratiquant dans le domaine de la médecine familiale qui travaillent dans les cliniques, les salles d'urgence et exclusivement en milieu hospitalier.

Vacation : Des médecins rémunérés à la vacation comblent des postes vacants de spécialistes et d'omnipraticiens. Ils pratiquent à titre autonome et leur rémunération est fondée sur un taux journalier. En outre, leurs frais de déplacement sont remboursés et ils sont logés.

Collecte d'information : La facturation pro forma est utilisée pour les médecins salariés et ceux payés à la vacation.

Annexe A

Définitions

Les **autres modes de paiement** englobent les modes de rémunération des médecins parallèles à la rémunération à l'acte.

Les **programmes relatifs aux autres modes de paiement** sont les ententes prises pour rémunérer les médecins au moyen d'autres modes de paiement. Les médecins salariés en sont un exemple.

Les **autres modes de financement** sont les méthodes autres que la rémunération à l'acte utilisées pour financer les centres 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 à chacun des médecins.

Les **services cliniques** déclarés dans la BDNM comprennent les soins médicaux dispensés par toutes les spécialités médicales, à l'exception de la radiologie et de la pathologie. Dans bien des provinces, la rémunération des radiologistes et des pathologistes s'effectue par les régies régionales de la santé ou les hôpitaux, et les données détaillées sur le paiement ne sont pas soumises à la BDNM.

La **rémunération liée aux services cliniques à l'acte** est le paiement des réclamations soumises pour chacun des services.

Les **autres paiements liés à des services cliniques** comprennent tous les paiements pour les services cliniques dispensés par les médecins qui ne sont pas remboursés au moyen de la rémunération à l'acte. Les classifications varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Salariés : Les médecins qui touchent un salaire.

Vacation : Les paiements versés selon des tarifs horaires ou journaliers. Certaines provinces et certains territoires les utilisent pour financer des services dispensés aux unités d'urgence des hôpitaux, dans les cliniques psychiatriques et dans les cliniques en milieu rural.

Capitation : Les paiements mensuels versés aux médecins dans le cas des patients inscrits dans des cliniques de pratique en groupe.

Financement global : Les budgets annuels négociés pour un groupe de médecins; ce financement est généralement accordé à un centre médical universitaire.

Contractuel et pondéré :

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

Psychiatrie : Certaines provinces et certains territoires ont des programmes qui dispensent des services psychiatriques pour lesquels la rémunération est assurée par salaire, vacation ou contrat.

Zones nordiques et mal desservies : Le financement des programmes provinciaux et territoriaux de services dans les zones nordiques ou mal desservies. Ces programmes peuvent combiner plusieurs autres modes de paiement. Bien que le financement des programmes dans les zones mal desservies soit déclaré, ils n'est pas réparti par modes de paiement. Aux fins de comparabilité, les programmes des zones nordiques et mal desservies sont aussi compris dans les autres modes de paiement cliniques. En Saskatchewan, les paiements du programme de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine des omnipraticiens en milieu rural sont effectués au moyen de la rémunération à l'acte.

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

Les paiements non cliniques : Ces paiements ne sont pas inclus dans la BDNM.

Incitatifs ruraux : Incitatifs spéciaux pour le travail dans des régions mal desservies et les programmes de remplaçants. Les incitatifs s'ajoutent aux paiements pour services cliniques. Ils comprennent les frais de déménagement, les primes de recrutement ou de maintien en poste, les indemnités de déménagement et les programmes de remplaçants, etc.

Médecins en milieu hospitalier : Le financement accordé aux régions ou aux hôpitaux pour la radiologie et la pathologie, ainsi que pour la rémunération des autres médecins employés par les hôpitaux et dont le salaire provient des budgets hospitaliers. Cette catégorie peut aussi inclure le financement des médecins-chefs en clinique, les médecins-conseils en santé et les programmes de lutte contre le cancer et la tuberculose dans certaines provinces et certains territoires. En outre, elle peut 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.

Avantages sociaux : Les contributions provinciales ou territoriales pour l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et le financement du perfectionnement professionnel des médecins. Dans certaines provinces, cette catégorie comprend également l'assurance-invalidité et les contributions provinciales versées au fond de retraite des médecins ou pour les congés de maternité.

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 de tarif provinciaux ou territoriaux; le paiement n'est cependant pas lié directement aux services déclarés. Les données sur la facturation pro forma peuvent servir à maintenir des mesures rétrospectives de prestation de services fondées sur les données des demandes de remboursement des médecins rémunérés à l'acte.

La **rémunération clinique totale** correspond à la somme des paiements pour services médicaux cliniques provenant de la rémunération à l'acte et des autres modes de paiement.

Annexe B

Agents d'autorisation des bases de données sur les médecins

Terre-Neuve-et-Labrador

Ed Hunt
Sous-ministre adjoint
Newfoundland and Labrador Department
of Health and Community Services
Confederation Building
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

Barb Harvie
Directrice
Analyse et diffusion de l'information
Nova Scotia Department of Health
Joseph Howe Building
1690, rue Hollis
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8

Nouveau-Brunswick

Linda Lingley
Gestionnaire
Services de l'assurance-maladie
Ministère de la Santé et du Mieux-être
du Nouveau-Brunswick
520, rue King
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec

Joanne Gaumond
Chef
Régie de l'assurance maladie du Québec
1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7

Ontario

Kathryn Tessier
Chef de projet
Réévaluation
Ministère de la Santé et des Soins
de longue durée de l'Ontario
1075, rue Bay, bureau 301
Toronto (Ontario) M5S 2B1

Agents d'autorisation des bases de données sur les médecins

Manitoba

Deborah Malazdrewicz
Gestionnaire
Gestion et élaboration des données
Santé Manitoba
300, rue Carlton, bureau 4029
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9

Saskatchewan

Carmelle Mondor
Gestionnaire des programmes
Services des données et des statistiques
Saskatchewan Health,
Division des services médicaux
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6

Alberta

Deb Kaweski
Directrice exécutive
Alberta Health and Wellness
10025, avenue Jasper NO
C.P. 1360, Station Main
Edmonton (Alberta) T5J 2N3

Colombie-Britannique

Ian Rongve
Directeur exécutif
Health Modernization
British Columbia Ministry of Health
1515, rue Blanshard, bureau 7-1
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C

Yukon

Sherri Wright
Directrice
Ministère de la Santé et des Affaires
sociales du Yukon
C.P. 2703 (H-2)
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Territoires du Nord-Ouest

Dana Heide
Directrice
Territorial Integrated Services
Department of Health and Social Services
Government of Northwest Territories
C.P. 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Annexe C

Tableau C1 Médecins équivalents à temps plein rémunérés à l'acte, selon la province, 2005-2006

T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Total
670,51	135,05	1 012,84	868,33	10 923,45	18 691,70	1 503,98	1 255,66	4 352,83	5 972,53	45 386,88

Source

Les médecins au Canada : Paiements à l'acte bruts moyens, 2005-2006, Institut canadien d'information sur la santé, 2008.

Tableau C2 Estimations démographiques nettes post-censitaires mises à jour, Canada, provinces et territoires, 2005-2006 (en milliers)

T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O	Total
514,6	138,1	932,8	741,5	7 602,4	12 562,0	1 173,6	990,4	3 270,0	4 258,4	31,1	42,7	32 287,7

Remarques

On produit les estimations démographiques nettes en soustrayant des estimations totales les membres de la Gendarmerie royale du Canada et 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 2001, ajustés pour le sous-dénombrement net du recensement.

Les chiffres ont été indépendamment arrondis à la centaine près.

Le total inclut le Nunavut.

Source

Statistique Canada.

