

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



L'état des programmes canadiens d'autres modes de rémunération des médecins, 1999-2000



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

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

**L'état des programmes canadiens d'autres modes  
de rémunération des médecins,  
1999-2000**

Octobre 2001

Tous droits réservés.

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

Pour toute demande de permission, communiquer avec :

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

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

ISBN : 1-55392-042-2 (PDF)

© 2001 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title of:  
*Alternative Payments and the National Physician Database (NPDB)*  
*The Status of Alternative Payment Programs for Physicians in Canada, 1999/2000*  
ISBN 1-894766-22-9 (PDF)

## Les autres modes de paiement et la BDNM

### Table des matières

Avant-propos.....	i
Définitions.....	i
Sommaire.....	iv
Contexte.....	1
Préparation des systèmes de la BDNM .....	1
Produits et indicateurs de la BDNM.....	2
Tendances des modes de rémunération des médecins .....	2
Les autres modes de paiement dans les provinces .....	4
Les médecins visés par les autres régimes de rémunération.....	8
Estimation des équivalents à temps plein.....	10
Déclaration des autres modes de paiement .....	13
Les autres modes de remboursement dans chaque province.....	14
Annexe A (Octobre, 1996) .....	A-1



## Avant-propos

En 1999-2000, dans le cadre des activités du Carnet de route<sup>1</sup> de l'ICIS visant à améliorer la disponibilité de l'information sur les ressources humaines dans le secteur de la santé, on a demandé à l'ICIS de produire un rapport sur l'état des programmes de financement et des autres modes de paiement au Canada. Ce rapport a été préparé pour aider l'ICIS à développer des plans pour la collecte de données sur les services médicaux qui sont assurés par les provinces et les territoires et rémunérés au moyen d'autres modes de paiement plutôt qu'à l'acte. Les objectifs étaient les suivants :

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

Les représentants provinciaux de neuf provinces (sauf l'Ontario) du Groupe d'experts de l'ICIS sur les ressources médicales ont fourni, dans la mesure du possible, des données agrégées détaillées sur les autres modes de paiement et sur le nombre de médecins ayant été rémunérés au moyen d'autres modes de paiement durant l'exercice 1999-2000. Ces données ont été complétées par des entrevues personnelles menées par le Service des Ressources humaines en santé de l'ICIS et par un examen de documents historiques. Les données pour l'Ontario ont été sollicitées mais n'étaient pas disponibles aux fins de ce rapport, quoique certaines macrodonnées sur les dépenses, provenant de la Base de données des dépenses nationales de santé, ont été obtenues de l'ICIS au sujet de l'Ontario. Le travail s'est fait en fin 1999 et en 2000. Les données reflètent donc l'état des programmes en 1999-2000.

L'ICIS a demandé aux provinces de mettre à jour l'information pour 2000-2001. Ce document sera mis à jour périodiquement.

## Définitions

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

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

---

<sup>1</sup> L'Initiative du Carnet de route est une vision nationale et un plan d'action de quatre ans visant à moderniser le système canadien d'information sur la santé. Dirigé par l'ICIS, il s'agit d'un effort collaboratif entre Statistique Canada, Santé Canada et plusieurs autres groupes aux paliers nationaux, régionaux et locaux. Pour obtenir plus d'information, prière de consulter le site Web suivant : <http://www.cihi.ca/Roadmap/>.

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

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

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

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

*Salariés* : Les médecins qui touchent un salaire.

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

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

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

*Contractuel et pondéré* :

1. Le financement accordé aux conseils régionaux pour les services cliniques en vertu d'ententes laissant aux conseils la discrétion quant à l'utilisation spécifique des fonds.
2. Les paiements contractuels.

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

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

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

*Paiements non-cliniques* — non inclus dans la BDNM :

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

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

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

## Sommaire

La BDNM a été créée dans le but d'appuyer la planification des ressources médicales et l'analyse de l'utilisation. La Phase 1 de la BDNM opère à plein effet et contient des données sur à peu près tous les services cliniques offerts au sein des provinces canadiennes qui sont rénumérés à l'acte et financés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. La Phase 2 de la base de données doit contenir des données sur les autres modes de paiement. Le plus grand défi associé à la Phase 2 sera d'identifier des moyens de faire la collecte des données provinciales à partir d'autres régime de rémunération ou de financement qui ne sont pas actuellement tenus de signaler les services fournis ni les paiements versés aux médecins.

Les autres modes de paiement ont pris de l'ampleur au cours de la dernière moitié des années 1990, et s'élèvent actuellement à environ un milliard de dollars par année — soit 9 % de la valeur des services cliniques offerts par les médecins dans les dix provinces. Le pourcentage des autres modes de paiement varie considérablement d'une province à l'autre, allant de 2 % en Alberta jusqu'à 30 % en Terre-Neuve. Les autres régimes de rémunération varient quant aux services fournis et aux modalités de financement.

Plus de 20 % des 55 000 médecins canadiens sont rémunérés pour certains soins cliniques au moyen d'autres modes de paiement. On estime que le pourcentage de médecins presque entièrement rémunéré par d'autres modes de paiement s'élève à environ 8 % dans les neuf provinces autres que l'Ontario (l'Ontario n'a pas fourni de données aux fins de cette étude.) La Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse affichent les pourcentages les plus élevés de médecins rémunérés presque entièrement au moyen d'autres modes de paiement. Les médecins équivalents à temps plein rémunérés au moyen d'autres modes de paiement représentent près de 12 % de tous les ÉTP dans les neuf provinces.

À présent, la Nouvelle-Écosse et le Québec sont les seules provinces à disposer de systèmes de déclaration détaillés pour la plupart des services fournis dans le cadre d'autres régimes de rémunération. Les deux provinces utilisent la facturation *pro forma*, dont les définitions de services sont basées sur la tarification des provinces. La facturation *pro forma* est aussi utilisée par certains autres régimes de rémunération d'autres provinces, mais ne fait pas partie des systèmes d'information provinciaux sur les services médicaux. Le manque de collecte d'information semble être attribuable aux structures de programmes fragmentées dans plusieurs provinces ainsi qu'à un manque d'enthousiasme envers la facturation *pro forma* que l'on constate chez les médecins qui participent aux autres régimes de rémunération.

## Contexte

La création de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) découle d'une recommandation formulée par le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) en 1985, dans le but d'appuyer la planification des ressources médicales et l'analyse de l'utilisation. Cet objectif étant pertinent et opportun, l'initiative a réussi à s'attirer l'appui de part et d'autre. Parmi d'autres facteurs ayant contribué à l'établissement de la BDNM sont les suivants : (1) l'appui et la coordination de haut niveau fournis par la Conférence des sous-ministres et par deux comités consultatifs fédéraux-provinciaux; (2) des ressources adéquates fournies par les provinces et par Santé Canada pour faire la collecte de données et créer une base de données centrale; et (3) presque toutes les données pour la phase initiale de la BDNM étaient disponibles à partir des systèmes d'information provinciaux existants.

La BDNM remplace la Base de données sur les soins médicaux (BDSM), qui existait depuis les années 1970. La BDNM, tel que projetée au départ, comportait trois phases. À la Phase 1, des données améliorées sur les caractéristiques des médecins ont été rajoutées aux fins de la planification en matière des ressources humaines en santé. Les données sur l'utilisation des services sont demeurées les mêmes que celles de la BDSM sauf qu'un fichier sommaire de données sur les patients par groupe d'âge et par sexe a été rajouté à la base de données. À la Phase 2, on prévoit ajouter des données sur les services rémunérés au moyen d'autres modes de paiement. La Phase 3 doit comprendre de l'information sur les médecins qui n'offrent pas de soins cliniques.

Les systèmes préliminaires de la BDNM sont entrés en service vers la fin 1991. La BDNM a été transférée de Santé Canada vers l'ICIS en 1995, ce qui a engendré du travail d'élaboration supplémentaire. Les travaux sur les systèmes de la Phase 1 se sont terminés en 1997, et une série de rapports a été produite chaque année depuis.

La collecte de données posera la principale difficulté à la Phase 2. La plupart des provinces n'ont pas encore adopté de système pour la collecte et le traitement de l'information sur les services offerts en vertu des autres régimes de rémunération. Des efforts en vue d'obtenir des engagements pour la soumission de données pour la Phase 2 sont en cours depuis 1991, mais n'ont toujours pas mené à bon, et ce malgré l'approbation de la Phase 2 par la Conférence des sous-ministres de la Santé à deux reprises depuis ce temps.

## Préparation des systèmes de la BDNM

C'est l'ICIS qui s'est chargé de planifier la collecte et le traitement des données de la Phase 2, tout en développant les systèmes de la Phase 1. La présente structure de la BDNM peut donc accommoder les données de la Phase 2 et produire des analyses distinctes ou intégrées des services et des dépenses, tant pour les paiements à l'acte que pour les autres modes de rémunération. Suite à de légères modifications, le système sera en mesure d'accueillir soit des données sur les services par médecin, soit des données sommaires sur les paiements reçus au total par chaque médecin. Voici certaines étapes clés de l'élaboration des systèmes de la BDNM :

- Un plan d'élaboration pour la BDNM a été préparé en février 1995.
- Des modèles de données et de l'architecture des systèmes ont été développés en mars 1995. Des variables de la Phase 2 et de la Phase 3 ont été incluses.
- Un rapport sur le développement futur de la BDNM a été complété en octobre 1996. Il comprenait des recommandations portant sur les aspects suivants :
- Les variables de données de la BDNM, soit :
  - Les stratégies de collecte de données de la Phase 2 pour les soins ambulatoires, dont un ensemble de données minimales selon un système de classification « naturel » et lié au système de codification de la CCI (Classification canadienne des interventions en santé). (L'Annexe 1 du rapport est ci-joint);
  - Des stratégies de collecte de données de la Phase 2 pour les données institutionnelles, avec la reddition de comptes basée sur des procédures utilisées pour la Base de données sur les congés des patients (DAD); et
  - Les recommandations pour la Phase 3 (relier les fichiers à ceux de la BDMS ou à ceux des associations médicales pour des fins précises).
- Des essais de couplage de données entre la BDNM et la BDMS sont prévus.
- Des essais de couplage des données de la BDNM et de la DAD ont été projetés en Saskatchewan. L'essai n'a pas pu être réalisé jusqu'à date faute de ressources.

### **Produits et indicateurs de la BDNM**

Parmi les produits et les indicateurs de la BDNM sont les suivants : (1) le Système national de groupement pour les comparaisons interprovinciales de l'utilisation des services médicaux; (2) les comparaisons des taux de prestation pour les services médicaux, (3) l'équivalence à temps plein pour les médecins aux fins de l'analyse de l'offre, (4) les paiements moyens par médecin et (5) les indices de prix pour les services médicaux. Un rapport préparé pour la BDNM en avril 1998 a recommandé la collecte des données de la Phase 2 sur les services et l'imputation d'une valeur aux frais de service en calculant un prix fictif. Le rapport a également formulé des recommandations visant l'inclusion des données de la Phase 2 dans les rapports sur l'ÉTP et les autres régimes de rémunération.

### **Tendances des modes de rémunération des médecins**

Durant les deux premières décennies du régime d'assurance-maladie, la plupart des médecins ont été rémunérés directement par les gouvernements provinciaux, et ce surtout au moyen de la rémunération à l'acte. Les hôpitaux étaient responsables de la plupart des paiements remis aux spécialistes en radiologie (salaire ou rémunération à l'acte) et en pathologie (généralement des salariés). La rémunération à la vacation a servi à différents degrés pour certaines catégories de soins (p. ex. les services d'urgence, la psychiatrie et les cliniques en zone rurale dans certaines provinces). Les salaires directs et les dispositions contractuelles ont aussi servi à financer les soins dans les régions insuffisamment desservies.

Au début des années 1990, on s'est intéressé de plus en plus aux autres modes de financement pour les soins primaires et les centres médicaux universitaires (CMU). Dans les cas des CMU, les préoccupations en matière de politique portaient surtout sur la souhaitabilité de développer de nouveaux modèles de financement qui reconnaîtraient le double rôle des CMU en tant qu'établissements d'enseignement et prestataires de soins. Parmi les planificateurs gouvernementaux et les universitaires, on s'entendait généralement que la rémunération à l'acte n'était pas la meilleure façon de financer les soins de santé fournis par les CMU. Le financement global des CMU a été initié du côté de la pédiatrie au Hospital for Sick Children à Toronto au début des années 1990, puis s'est propagé dans tous les services de l'hôpital en 1994. Par la suite, le financement global des CMU a été mis en oeuvre à Southeastern Ontario (Queen's 1995) et l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario (Ottawa, 1996). En Nouvelle-Écosse des ententes de financement global ont été négociées avec les services de pédiatrie (1995) et de médecine (1998). La Saskatchewan a un fonds pour les services cliniques qui comprend le financement global pour les services de gériatrie et de la médecine familiale à l'hôpital University.

Le financement global met l'accent sur la responsabilité des CMU concernant les services de santé. Les médecins, de leur côté, sont responsables devant les CMU selon l'axe hiérarchique conventionnelle des départements universitaires et selon les plans de pratique. Les ententes entre les gouvernements et les CMU ne stipulent pas de façon générale que la rémunération versée à chaque médecin soit déclarée. Les ententes en Nouvelle-Écosse prévoient la facturation *pro forma* des services fournis, tandis qu'en Ontario c'est le cas contraire.

Vers le début des années 1990, les projets de réforme du système de santé ont suscité de l'intérêt à l'endroit des autres modes de paiement pour les soins primaires. Toutefois, les initiatives de réforme ont été largement écartées par le contrôle des coûts vers le milieu des années 1990. La plupart des provinces ont mis en oeuvre des budgets globaux et des réductions d'honoraires. Les politiques visant à contrôler les coûts, la réduction des effectifs chez les gouvernements provinciaux et les préoccupations au sein de la profession médicale au sujet de la part du budget qui serait allouée à chacune des spécialités ont ensemble limité les possibilités d'expérimenter avec les autres modes de paiement. Les rapports entre les gouvernements provinciaux et les associations médicales sont devenus d'autant plus antagonistes, limitant la portée de toute collaboration visant à développer de nouveaux modes de paiement.

La régionalisation a donné plus d'ampleur à cette portée. Dans plusieurs provinces, les régions sont devenues responsables des médecins en milieu hospitalier, surtout en radiologie et en pathologie. Certaines administrations régionales ont cherché d'autres moyens de fournir des services aux sites tels que les centres de soins primaires ou les centres gériatriques par l'entremise de programmes gérés par les administrations hospitalières. Les provinces continuent à être responsables du financement global des services médicaux et pour la plupart des paiements versés aux médecins. La responsabilité régionale semble être la plus importante au Manitoba, où les budgets de programme ou le financement des ÉTP sont fournis aux régions par les gouvernements provinciaux pour plusieurs programmes.

## Les autres modes de paiement dans les provinces

La rémunération à l'acte continue à être la forme principale de paiement pour les services médicaux. À l'échelle nationale, les autres modes de rémunération représentent 9 % des paiements versés pour les services médicaux cliniques signalés dans la BDNM. (Les services cliniques signalés dans la BDNM comprennent les soins médicaux fournis par tous les spécialistes sauf en radiologie et en pathologie.) La Terre-Neuve a affiché le pourcentage le plus élevé d'autres modes de paiement, suivie par la Nouvelle-Écosse et le Manitoba. (figure 1, tableau 1). L'Alberta a affiché le plus faible pourcentage. La Nouvelle-Écosse, le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard ont connu les plus grosses augmentations de dépenses attribuables aux autres modes de paiement durant les quatre dernières années<sup>2</sup>. Au Québec, qui se classe au deuxième rang quant au pourcentage des autres modes de paiement en 1995, on constate une baisse de 3,6 pourcent. Les provinces de l'Est et le Québec ont tous des pourcentages d'autres modes de paiement qui sont plus élevés qu'en Ontario et dans les provinces de l'Ouest — à l'exception du Manitoba.

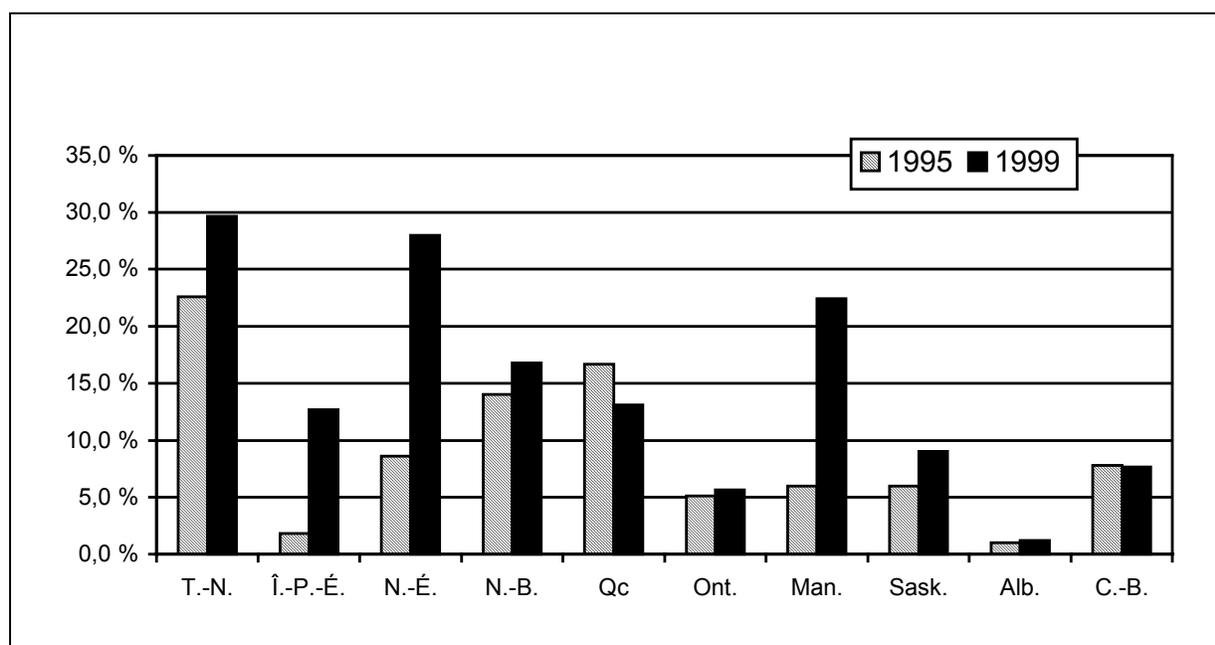


Figure 1. Pourcentage des autres modes de paiement par province, 1995 et 1999

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

<sup>2</sup> Les estimations pour 1999-2000 ont été fournies par les provinces sauf dans le cas de l'Ontario, où elles proviennent des Comptes publics. Les estimations pour 1995 proviennent d'un document intitulé *Alternative Payment Programs and Data Collection*, avril 1995. Certaines des estimations visaient l'exercice 1994.

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

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

*Les autres modes de paiement cliniques* du Tableau 1 comprennent les salaires, la rémunération à la vacation, la capitation, les services contractuels et le financement global (voir le tableau 2 et les définitions au début du présent rapport pour obtenir les détails). Pour améliorer la comparabilité, les programmes du Nord ou les programmes de services offerts aux régions insuffisamment desservies sont aussi compris dans les paiements cliniques (voir les détails dans le prochain paragraphe).

*Les incitatifs ruraux* sont des encouragements spéciaux intégrés aux programmes de services aux régions insuffisamment desservies et aux programmes de remplaçants. Plusieurs provinces ont rehaussé les autres modes de paiement pour les services en salle d'urgence ou pour les médecins en service d'appel en zone rurale. Les paiements rehaussés ont été regroupés avec les paiements cliniques dans des arrangements où les médecins qui reçoivent ces paiements ne facturent pas à l'acte pour les services d'urgence et les services d'appel. Les arrangements peuvent varier : par exemple, au Manitoba les autres modes de paiement sont utilisés comme supplément aux rémunérations à l'acte pour les services d'urgence et pour les services de garde dans les hôpitaux d'enseignement de Winnipeg, tandis qu'ils remplacent la rémunération à l'acte dans les zones rurales et dans les hôpitaux communautaires urbains. Au Nouveau-Brunswick, des primes de disponibilité spéciales viennent s'ajouter à la rémunération conventionnelle pour les services d'urgence (qui est versée sous forme d'un autre mode de paiement). En Saskatchewan, les primes de disponibilité en zone rurale sont facturées à l'acte. En Colombie-Britannique, les paiements de disponibilité ont été introduits en 2000, après la fin de l'exercice 1999-2000, la période couverte par les présentes estimations.

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

*Les avantages* comprennent les contributions par les provinces pour l'Assurance canadienne de protection médicale (CMPA) et pour la formation médicale continue. En Colombie-Britannique, cette catégorie comprend également de l'assurance invalidité et des contributions provinciales versées au fond de retraite des médecins. Cette information n'était pas incluse dans la demande originale auprès des provinces aux fins de ce projet, mais elle a été comprise là où les provinces l'ont signalée.

**Tableau 1. Sommaire des paiements médicaux par catégorie de paiement —  
Exercice 1999-2000, (000 \$)**

**1. Clinique (BDNM)**

	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	10 Provinces
Rémunération à l'acte	119 553	28 850	216 838	177 753	1 983 999	4 456 990	295 891	259 804	905 339	1 586 000	10 031 017
Pourcentage clinique	70,4 %	87,3 %	72,0 %	84,0 %	86,9 %	94,1 %	77,6 %	91,0 %	98,8 %	92,4 %	91,0 %
Autres modes en clinique	50 384	4 191	84 280	33 798	298 624	277 824	85 626	25 796	10 900	131 200	1 002 624
Pourcentage clinique	29,6 %	12,7 %	28,0 %	16,0 %	13,1 %	5,9 %	22,4 %	9,0 %	1,2 %	7,6 %	9,1 %
Sous-total-Clinique	169 937	33 042	301 118	211 551	2 282 623	4 734 814	381 517	285 600	916 239	1 717 200	11 033 641

**2. Non-clinique**

Incitatifs ruraux	366		397	2 037				1 640	1 200	1 116	6 756
Médecins hospitaliers	0	2 597	27 830	20 727	0	505 390	19 857	48 810	0	0	625 211
Avantages	2 008	722	9 289	4 835			9 610	9 300	18 050	65 536	119 350
<b>Paiements au total</b>	<b>172 311</b>	<b>36 361</b>	<b>338 634</b>	<b>239 150</b>	<b>2 282 623</b>	<b>5 240 205</b>	<b>410 983</b>	<b>345 349</b>	<b>935 489</b>	<b>1 783 852</b>	<b>11 784 957</b>

Sources : Les estimations pour toutes les provinces sauf l'Ontario ont été signalées par les représentants provinciaux membres du Groupe d'experts de la BDNM.

Les estimations de l'Ontario proviennent des Comptes publics, tels que compilés pour la Base de données sur les dépenses nationales de santé.

N. B. : En Alberta, 25 projets sont visés par un programme d'autres modes de paiement où le financement a été transféré aux autorités sanitaires régionales et n'ont pas été financés à travers le budget des services médicaux de l'Alberta. L'information sur ces projets n'est pas disponible et ils ne font pas partie de cette analyse.

**Tableau 2. Estimations pour les autres paiements cliniques par catégorie de paiement — Exercice 1999-2000, (000 \$)**

	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	10 provinces
Salariés	41 194		10 077	17 020	213 180		5 168			9 100	295 739
Vacation	8 542		1 479	15 458	65 658			1 211		45 000	136 137
Capitation										2 100	2 100
Financement global	647		38 620			ND		4 614			39 267
Psychiatrie			11 995				3 381	6 502			21 878
Contractuel/pondéré		4 191		1 319	19 786	267 617	26 589	10 739	1 600	75 000	412 667
Régions du Nord et régions insuffisamment desservies						10 207	22 766	2 730			35 704
Urgence et disponibilité			22 110				27 722		9 300		59 132
<b>Total</b>	<b>50 384</b>	<b>4 191</b>	<b>84 280</b>	<b>33 798</b>	<b>298 624</b>	<b>277 824</b>	<b>85 626</b>	<b>25 796</b>	<b>10 900</b>	<b>131 200</b>	<b>1 002 624</b>

Notes : Contractuel et pondéré inclut :

Un programme spécial de rémunération pondérée au Québec pour les spécialistes, introduit à la fin de 1999.

Le financement accordé aux conseils régionaux pour les programmes hospitaliers (y compris les services d'urgence) à l'Île-du-Prince-Édouard, au Manitoba et en Saskatchewan.

Les paiements contractuels au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan.

Les ententes de service en Colombie-Britannique.

ND = non disponible

## Les médecins visés par les autres régimes de rémunération

Au Canada, plus de 22 % des médecins ont été rémunérés pour les services assurés sous forme d'autres modes de paiement en 1999-2000. Le pourcentage passe de moins de 2 % en Alberta à 60 % au Manitoba (tableau 3). Bon nombre de médecins ayant reçu une forme d'autre mode de paiement ont également été rémunérés à l'acte et/ou par d'autres modes de paiement. La Nouvelle-Écosse et le Québec étaient les seules provinces en mesure de fournir le dénombrement sans double compte de médecins ayant reçu uniquement les autres modes de paiement dans chaque catégorie de programme.<sup>3</sup> Le Québec a signalé le nombre ayant reçu des paiements quelconques, ceux ayant reçu surtout des paiements et ceux pour qui 95 % ou plus des paiements étaient sous forme de rémunérations à l'acte, de salaire, de rémunération par vacation ou par modes pondérés.

Le nombre de médecins ayant été rémunérés principalement au moyen d'autres modes de paiement a été estimé pour chacune des provinces selon plusieurs méthodes, dépendant du degré d'information fourni par la province en question. L'intention était d'estimer le nombre pour qui « *presque tout* » le revenu clinique de source provinciale avait été obtenu au moyen d'autres modes de financement<sup>4</sup>. En interprétant ces données, il est important de souligner qu'il était impossible d'appliquer un seul critère à toutes les provinces.

Au palier national, presque 8 % des médecins ont reçu des paiements, surtout au moyen d'autres modes de paiement (tableau 3). La Terre-Neuve a affiché le pourcentage le plus élevé, reflétant la tendance chez les praticiens de médecine familiale en zone rurale d'être rémunérés selon des ententes salariales. La Nouvelle-Écosse s'est classée au deuxième rang, surtout à cause du grand nombre de médecins ayant conclu des ententes de financement global. Dans les autres provinces, 10 % des médecins ou moins reçoivent surtout les autres modes de paiement. Une estimation pour l'Ontario n'était pas disponible pour l'exercice 1999-2000.

Une comparaison des tableaux 1 et 3 démontre que dans la plupart des provinces, le pourcentage de médecins ayant reçu une rémunération quelconque pour les services assurés sous forme d'autres modes de paiement est considérablement plus élevé que le pourcentage ayant reçu d'autres modes de paiement pour les services cliniques signalés dans la BDNM. En Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et au Québec, il était possible de comparer les quantités facturées par ceux et celles ayant reçu surtout les autres modes de paiement aux sommes facturées par d'autres médecins.

- En Terre-Neuve, les salaires payés aux omnipraticiens ruraux et à certains spécialistes représentaient environ 82 % des autres modes de paiement versés pour les soins cliniques. La Terre-Neuve dispose d'un budget distinct pour les médecins salariés avec des dispositions permettant de transférer des fonds entre budgets lorsque les médecins sont transférés au régime salarial ou en sont retirés.

---

<sup>3</sup> Certains médecins de la Nouvelle-Écosse visés par le financement global peuvent aussi avoir reçu d'autres formes de rémunération. Cependant, les ententes de financement global écartent normalement la possibilité du paiement à l'acte, et les comptes en double peuvent refléter l'introduction progressive du financement global ou d'autres circonstances particulières.

<sup>4</sup> Les autres modes de financement signifient la façon dont les services cliniques étaient financés par les gouvernements provinciaux, non seulement la façon dont les médecins individuels ont été payés.

- En Nouvelle-Écosse, les médecins qui facturent surtout au moyen d'autres modes de paiement représentent environ 60 % des autres modes de facturation. Ces estimations sont fondées sur les paiements versés au total pour le financement global et la psychiatrie institutionnelle, où la plupart des médecins ne sont pas rémunérés au moyen d'autres modes de paiement.
- Au Québec, les médecins qui reçoivent la majorité de leurs paiements selon les autres modes représentent 17 % du groupe entier de médecins et 63 % de tous les autres modes de paiement. Les médecins qui reçoivent 95 % de leurs paiements au moyen d'autres modes de rémunération représentaient 24 % des autres modes de paiement versés au total.

D'après ces conclusions, semblerait-il que la majorité des autres modes de paiement sont versés aux médecins qui sont principalement rémunérés au moyen d'autres modes de paiement. Les médecins qui sont plus nombreux dont la proportion de rémunération totale se faisant au moyen d'autres modes de paiement est moins élevée, représentent un pourcentage bien inférieur du total.

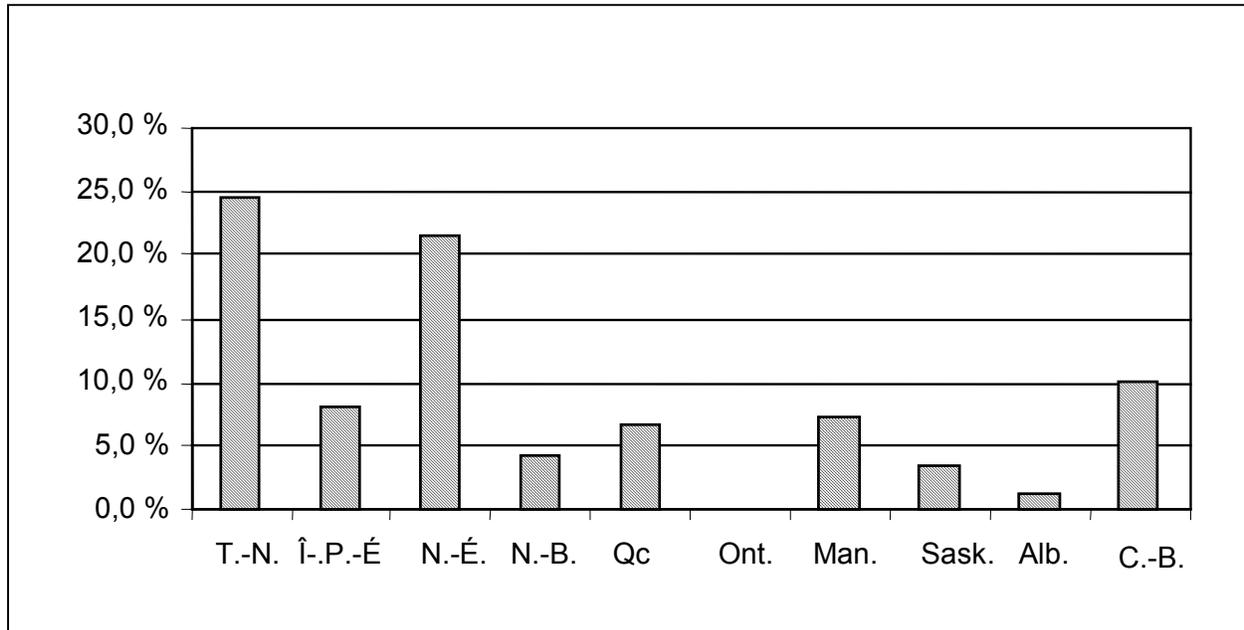
**Tableau 3. Totaux des médecins et des médecins ayant reçu d'autres modes de paiement  
Exercice 1999-2000**

Prov.	Médecins au total	Autre modes de paiement	%	Surtout les autres modes de paiement	%
T.-N.	987	532	53,9 %	241	24,4 %
Î.-P.-É	197	75	38,0 %	16	8,0 %
N.-É.	1 795	679	36,9 %	387	21,6 %
N.-B.	1 328	554	41,7 %	56	4,2 %
Qc	14 112	5 515	39,1 %	939	6,7 %
Ont.	20 868	1 461	7,0 %	ND	ND
Man.	2 100	1 260	60,0 %	152	7,2 %
Sask.	1 533	282	18,4 %	54	3,5 %
Alb.	4 762	93	2,0 %	52	1,0 %
C.-B.	7 752	2 000	21,3 %	790	10,2 %
<b>9 provinces</b>	<b>34 566</b>	<b>10 989</b>	<b>31,8 %</b>	<b>2 686</b>	<b>7,8 %</b>
<b>Canada</b>	<b>55 434</b>	<b>12 450</b>	<b>22,5 %</b>		

Notes pour le tableau 3 :

1. Chaque année, les provinces signalent le nombre total de médecins à l'ICIS. Le nombre signalé reflète généralement les médecins inscrits aux régimes provinciaux d'assurance-maladie et peut dépasser le nombre de médecins réellement rémunérés. Le nombre de médecins qui reçoivent d'autres modes de paiement a été estimé à partir de ces rapports annuels (le nombre total de médecins moins le pourcentage uniquement rémunéré à l'acte) sauf en Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Colombie-Britannique, où l'information reçue aux fins du présent rapport a permis d'arriver à un calcul plus précis.
2. Le sous-total des 9 provinces ne comprenait pas l'Ontario. Les estimations du nombre de médecins ayant reçu surtout d'autres modes de paiement n'étaient pas disponibles dans le cas de l'Ontario.

ND = non disponible



**Figure 2. Pourcentage des médecins cliniques surtout rémunérés au moyen d'autres modes de financement, par province, 1999-2000**

### Estimation des équivalents à temps plein

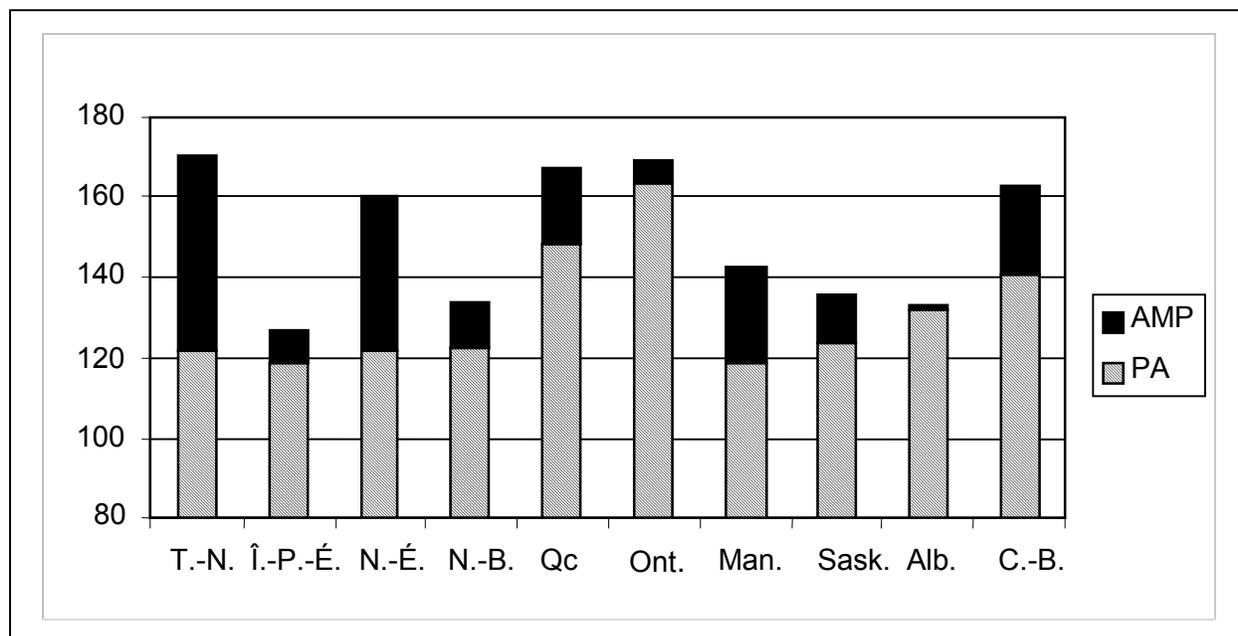
Une estimation approximative des ÉTP qui reçoivent d'autres modes de paiement est illustrée au tableau 4. De façon générale, environ 4 000 des ÉTP constituent les activités médicales financées par les autres modes de paiement. Les ÉTP rémunérés au moyen des autres modes de paiement représentent environ 8,3 % du total estimé des ÉTP au Canada, et 11,7 % dans les provinces autres que l'Ontario (où l'estimation est la moins certaine vu le manque d'information). Les ÉTP financés par les autres modes de paiement passent donc de moins de un pourcent du total des ÉTP en Alberta, à environ trente pourcent en Terre-Neuve. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba se classent aux deuxième et troisième rangs pour ce qui est du pourcentage de médecins ÉTP rémunérés au moyen d'autres modes. Cinq provinces ont affiché des ÉTP financés par d'autres modes de paiement de plus de 10 % du total des ÉTP.

Lorsqu'on combine les ÉTP rémunérés à l'acte et au moyen des autres modes de paiement, la distribution de médecins par 100 000 habitants est très différente de celle que l'on observe lorsqu'on n'inclue que les médecins rémunérés à l'acte (figure 3). L'Ontario a plus de 160 ÉTP rémunérés à l'acte par 100 000 habitants, suivi du Québec et de la Colombie-Britannique avec plus de 140 chacun. L'approvisionnement en médecins paraît semblable dans six autres provinces, soit environ 120 par 100 000. Lorsque les modes de paiement sont combinés, cependant, l'approvisionnement en médecins est très semblable dans cinq des provinces (Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario et Colombie-Britannique), qui enregistrent chacune plus de 160 ÉTP par 100 000. Cette conclusion souligne l'importance d'inclure les activités des médecins participant aux autres régimes de rémunération lorsqu'on analyse l'approvisionnement en médecins et lorsqu'on entreprend la planification des ressources humaines en santé.

**Tableau 4. Estimation des ÉTP rémunérés par les autres modes de paiement par province, Canada, Exercice 1999-2000**

Province	Rémunération à l'acte	Équivalents à temps plein		Distribution	
		Autres modes de paiement	Total	Rémunération à l'acte	Autres modes de paiement
T.-N.	659	267	926	71,2 %	28,8 %
Î.-P.-É.	162	12	174	93,2 %	6,8 %
N.-É.	1 126	362	1 488	75,7 %	24,3 %
N.-B.	914	87	1 001	91,3 %	8,7 %
Qc	10 844	1 386	12 230	88,7 %	11,3 %
Ont.	18 691	583	19 273	97,0 %	3,0 %
Man.	1 343	275	1 619	83,0 %	17,0 %
Sask.	1 270	125	1 395	91,1 %	8,9 %
Alb.	3 844	23	3 867	99,4 %	0,6 %
C.-B.	5 625	886	6 511	86,4 %	13,6 %
<b>9 provinces</b>	<b>25 789</b>	<b>3 422</b>	<b>29 211</b>	<b>88,3 %</b>	<b>11,7 %</b>
<b>Canada</b>	<b>44 479</b>	<b>4 005</b>	<b>48 484</b>	<b>91,7 %</b>	<b>8,3 %</b>

Notes : Les ÉTP rémunérés à l'acte proviennent du rapport de l'ICIS sur les ÉTP pour 1998-1999. Les ÉTP rémunérés au moyen des autres modes de paiement ont été estimés à partir de données fournies par toutes les provinces sauf l'Ontario. Les ÉTP de l'Ontario ont été estimés à partir de données publiées dans les Comptes publics.



**Figure 3. Total des ÉTP par 100 000 habitants, par catégorie de paiement et par province, 1999-2000**

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

### Paiement à l'acte

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

### Les autres modes de paiement

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

1. Les comptes actuels d'ÉTP financés aux fins de programmes particuliers ont servi là où ces données étaient disponibles. En Nouvelle-Écosse, la majorité des ÉTP sont visés par des arrangements de financement global et le statut des ÉTP est fondé sur la méthodologie de l'ICIS. Le Manitoba et la Saskatchewan financent les ÉTP dans les régions du Nord et pour certains des programmes administrés par les conseils régionaux.
2. Là où les médecins ont surtout été rémunérés au moyen d'autres modes de financement, les sommes versées ont été divisées par la moyenne payée par les ÉTP en médecine familiale ou interne (les moyennes pour 1998-1999 ont été ajustées en fonction des fluctuations d'honoraires en 1999-2000). Cette méthode a servi en Nouvelle-Écosse pour la psychiatrie institutionnelle et au Québec pour les médecins qui sont surtout rémunérés au moyen d'autres modes de financement.
3. Une estimation proportionnelle a été utilisée pour d'autres programmes. Cette méthodologie présume que l'augmentation des ÉTP y compris les autres modes de paiement serait la moitié de l'augmentation des paiements.
4. En Terre-Neuve, 241 médecins salariés à temps plein (à l'exception des radiologues et des pathologues) ont chacun été comptés en tant qu'un ÉTP. Les ÉTP rémunérés par d'autres modes de paiement ont été estimés à l'aide de la méthode proportionnelle.

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

## Déclaration des autres modes de paiement

Les provinces n'ont pas suivi d'approches uniformes envers la déclaration des services visés par les programmes d'autres modes de paiement. Au Québec, la facturation *pro forma* (soit l'utilisation de l'ensemble entier des codes du barème d'honoraires provincial) est privilégiée pour tous les services. La facturation *pro forma* est prévalente en Nouvelle-Écosse quoique la portée de la déclaration peut varier, surtout dans le cas des soins d'urgence en zone rurale. La Saskatchewan utilise la facturation *pro forma* pour certains programmes et a développé des codes d'information pour capter l'information connexe sur les médecins de famille visés par les autres modes de paiement. Le Nouveau-Brunswick a l'intention de mettre en oeuvre la facturation *pro forma* pour tous les programmes d'autres régimes de rémunération en octobre 2001. La facturation *pro forma* existe à l'Île-du-Prince-Édouard, qui envisage élargir son utilisation dans le cadre de négociations provinciales des honoraires. Au Québec et dans les provinces atlantiques, la responsabilité du paiement à l'acte et des autres modes de paiement a tendance à être centralisée au sein des ministères de la Santé, une circonstance qui facilite l'établissement de politiques conjointes au sein d'une province pour la collecte d'information sur le paiement à l'acte et les différents modes de paiement.

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

Les médecins ont souvent tendance à associer la facturation *pro forma* à la rémunération à l'acte et à s'y opposer, même si le logiciel de gestion de bureau déclare de façon routinière les services fournis — c'est nécessaire pour les dossiers cliniques, sinon aux fins de la facturation. D'ailleurs, les provinces soulignent parfois le fait que les médecins ne sont pas obligés de préparer de déclaration en tant qu'avantage lorsqu'elles promouvoient les autres régimes de financement auprès des médecins.

L'ICIS a développé des systèmes et des méthodologies pour accommoder les données sur les autres modes de paiement. La disponibilité future de l'information sur les services fournis en vertu d'ententes qui visent les autres modes de financement dépendra des initiatives prises par les provinces pour développer et mettre en oeuvre un processus de collecte d'information. L'ICIS entreprendra des discussions additionnelles avec le Comité consultatif sur les ressources humaines en santé (CCRHS) pour déterminer s'il serait possible d'entreprendre la planification d'un tel processus.

## Les autres modes de remboursement dans chaque province

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

### Terre-Neuve

Salariés : La plupart des médecins de famille ruraux sont des salariés dans les hôpitaux communautaires. Les médecins salariés sont employés par les conseils régionaux de santé et financés par le Medical Care Plan (MCP). Certaines modalités de l'entente la plus récente entre le MCP et la Newfoundland Medical Association (NMA) permettent aux médecins de devenir des salariés des conseils régionaux s'ils le souhaitent. Plusieurs médecins universitaires ont choisi de le faire.

Le salaire a été le modèle prédominant pour les médecins ruraux pour deux raisons : (1) la rémunération à l'acte ne s'avère pas pratique lorsque la population est isolée et relativement peu nombreuse; et (2) bon nombre de médecins ruraux sont diplômés à l'étranger et ne sont pas entièrement autorisés au Canada — ils n'ont donc pas le droit d'être rémunérés à l'acte.

La vacation : La rémunération à la vacation est une option que peuvent choisir les médecins qui sont rémunérés à l'acte et qui font partie du personnel d'urgence à l'hôpital. Les médecins qui travaillent de nuit ont tendance à préférer la vacation.

Le financement global : Aucun programme.

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

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

### Île-du-Prince-Édouard

Salariés : L'Île-du-Prince-Édouard a des médecins hospitaliers à salaire qui pratiquent les spécialités de la pédiatrie, de la médecine physique, de l'oncologie, de l'oncoradiologie ainsi qu'en laboratoire.

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

Le financement global : Non utilisé. La province n'a pas d'école de médecine.

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

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

## **Nouvelle-Écosse**

Salariés : Environ 30 des psychiatres qui pratiquent dans les centres ou les hôpitaux provinciaux de santé mentale sont à salaire. Cependant, la plupart des médecins dans ces centres sont rémunérés à la vacation. Dans certains cas, les omnipraticiens ruraux peuvent négocier des ententes salariales. Les garanties du revenu sont aussi disponibles comme volet d'un programme d'encouragement pour les omnipraticiens dans les zones désignées insuffisamment desservies. Environ 10 omnipraticiens pratiquent selon les modalités de l'une entente rurale ou l'autre.

Paiements pour les services d'urgence ou de disponibilité en zone rurale : Vers la fin des années 1990, la province a accepté de verser des paiements forfaitaires aux médecins qui travaillent en salle d'urgence rurale ou qui fournissent des services de disponibilité là où il n'existe pas de service d'urgence. Dans le cadre de ces programmes, les médecins admissibles reçoivent environ 45 000 \$ par année. Presque tous les médecins qui reçoivent ces paiements ont aussi des pratiques rémunérées à l'acte dans leurs collectivités.

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

Le financement global : Le Département de pédiatrie à l'Université Dalhousie (environ 45 médecins) reçoit un financement global en vertu d'un projet pilote de deux ans qui a commencé en juillet 1994. Le Département de Médecine entier a commencé à recevoir le financement global à compter de janvier 1999 (120 médecins). Plusieurs ententes plus petites existent également. En tout, 256 médecins ont été rémunérés exclusivement de cette façon en 1999-2000.

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

Collecte d'information : La facturation *pro forma* est utilisée pour la collecte d'information sur les services fournis en vertu du financement global et sur les services d'omnipraticiens salariés en zone rurale. Les données n'identifient pas les médecins individuels. Un système de rapport sur les activités, qui n'est pas axé sur les rencontres, est utilisé dans les centres de santé mentale.

## **Nouveau-Brunswick**

Salariés : La plupart des médecins qui travaillent dans les établissements de santé mentale sont à salaire. Bon nombre d'entre eux ont des licences restreintes qui ne leur permettent pas de facturer à l'acte. Les pathologues sont à salaire. Deux des cinq neurochirurgiens du Nouveau-Brunswick sont à salaire.

La vacation : Les services d'urgence des huit hôpitaux régionaux utilisent le remboursement à la vacation. Les hôpitaux communautaires exploitent leurs services d'urgence selon le paiement à l'acte. Les foyers de soins utilisent aussi la rémunération à la vacation.

Le financement global : Trois médecins au campus de l'Université du Nouveau-Brunswick de l'école de médecine de l'Université Dalhousie reçoivent le financement global.

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

Collecte d'information : La collecte d'information se fait à travers la facturation *pro forma* dans le cas des médecins qui sont passés de la rémunération à l'acte aux autres modes de remboursement. Le Nouveau-Brunswick prévoit la collecte d'information au moyen de la facturation *pro forma* sur tous les médecins à compter du troisième trimestre de 2001.

## Québec

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

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

Paiements pondérés : Il s'agit d'un nouveau programme introduit vers la fin 1999. Durant les six premiers mois de l'exercice 2000-2001, les paiements pondérés constituaient 16,4 % des autres modes de paiement et 2,6 % des paiements au total. L'option des paiements pondérés est réservée aux spécialistes.

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

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

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

## Ontario

Selon la disponibilité de l'information provenant du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, les documents seront fournis dans la prochaine version de ce rapport.

## Manitoba

Salariés : Les médecins qui pratiquent dans les services d'urgences hospitaliers sont à salaire, sauf dans le cas d'un hôpital à Winnipeg (St. Boniface). Les services d'urgence à Winnipeg sont financés en partie au moyen de paiement à l'acte auquel viennent s'ajouter les autres modes de paiement. Les services d'urgence dans les régions à l'extérieur de Winnipeg sont financés à travers les autres modes de paiement. Les médecins qui travaillent dans les centres de santé mentale à Brandon et à Selkirk sont à salaire. Certains médecins en régions éloignées touchent un salaire qui provient du régime d'assurance maladie ou de la Northern Medical Unit.

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

Le financement global : Le Département de médecine familiale à l'Université du Manitoba reçoit le financement global. Cependant, les médecins qui y travaillent souhaitent retourner à la rémunération à l'acte. On y envisage actuellement d'adopter le financement global pour d'autres départements.

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

Collecte d'information : Le programme d'assurance-santé fait la collecte de données axées sur les rencontres pour les omnipraticiens salariés en région éloignée. Chaque agence de paiement est responsable de l'information provenant d'autres modalités. Les données sur les rencontres ne sont pas disponibles.

### **Saskatchewan**

Salariés : Le remboursement de la rémunération est utilisé dans les cliniques communautaires et pour les spécialistes hospitaliers tels qu'en pathologie, en radiologie ou en médecine communautaire. Les services d'urgence hospitaliers à Régina et à Saskatoon emploient environ 10 ÉTP salariés ainsi que des médecins rémunérés à l'acte. Une entente entre Northern Medical Services et l'Université de la Saskatchewan fournit à huit omnipraticiens en région éloignée le remboursement salarié.

La vacation : Bon nombre de psychiatres pratiquent à contrat, et sont remboursés à l'heure ou à la vacation. Les services de soins intensifs dans plusieurs des hôpitaux tertiaires sont financés au moyen de la rémunération à la vacation.

Le financement global : Saskatchewan Health dispose du Clinical Services Fund, qui octroie des fonds aux médecins universitaires. Ces fonds servent à financer les services de radiologie et de pathologie ainsi que les services fournis par les services de gériatrie et de médecine familiale. Le fonds appuie aussi les salaires académiques et offre aux résidents post-universitaires des allocations. La province a aussi négocié des ententes avec le College of Medicine pour le financement global des neurologues et des anesthésistes chirurgiques membres de la faculté.

Quatre cliniques communautaires reçoivent le financement global. Saskatchewan Health a aussi signé plusieurs contrats avec les conseils régionaux en vertu desquels les allocations pour les ÉTP sont fournis pour financer les services des spécialistes salariés dans les hôpitaux, ou les programmes spéciaux ayant trait aux soins primaires et spécialisés (p. ex. la gériatrie).

Le financement axé sur la population et les soins primaires : Plusieurs pratiques collectives et solo auxquelles participent quelques 24 médecins sont financés selon des ententes contractuelles. Quoique non rémunérés par capitation, les médecins reçoivent du financement pour les services fournis à une région géographique ou une pratique de principe.

Collecte d'information : Les données sur les rencontres sont recueillies sur tous les modes de paiement mis en oeuvre depuis le début des années 1990. Les demandes sont soumises par facturation *pro forma*, qui utilise les codes du barème d'honoraires provincial. Les codes additionnels ont été établis pour les services non assurés par la rémunération à l'acte, tels que les conseils fournis au téléphone et les services d'aide familiale. Les données sont fournies en version électronique. Environ 70 médecins y participent.

Les données sur les rencontres ne sont pas disponibles sur les services fournis par le Clinical Services Funds, ni les allocations pour les médecins d'urgence salariés et les spécialistes ÉTP ayant été établis depuis plus de quatre ans.

### **Alberta**

Salariés : Les salaires sont payés dans les établissements de soins intensifs pédiatriques et cardiologiques.

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

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

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

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

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

## Colombie-Britannique

Salaires : Ce mode de paiement pour les services médicaux est abandonné progressivement du régime d'autres modes de paiement et sera remplacé par des ententes de services moins coûteuses sur le plan administratif ou par la rémunération à la vacation. Les médecins salariés sont rémunérés par l'agence de soins de santé qui les emploie, qui à son tour reçoit des fonds en vertu des autres régimes de rémunération. Les modalités de paiement pour les médecins salariés sont négociées à l'échelle de la province et énoncées dans l'entente intitulée *An Agreement Between the Government of British Columbia and the British Columbia Medical Association (BCMA) with Respect to Salaried Physicians in Government Service*.

La vacation : Cet autre mode de paiement pour les services médicaux se fait au moyen des autres régimes de rémunération selon les services soumis par une agence d'emploi en résumant le temps requis pour la prestation de services de soins et pour compléter une demande de remboursement. Le paiement se fait en fonction d'un calcul proportionnel d'une session normale de 3,5 heures, arrondie au quart d'heure près. Les tarifs sont énoncés dans une entente entre le gouvernement de la Colombie-Britannique et la BCMA.

Le financement global : Le financement global (ou les ententes de service) est un autre mode de paiement pour les services médicaux, en vertu duquel les paiements sont versés en fonction d'une entente et les praticiens employés ou contractuels sont payés par l'agence, selon les modalités de l'entente conclue entre l'agence et le régime de rémunération de rechange.

Le financement axé sur la population et les soins primaires : La capitation sert de méthode de remboursement dans le cadre du Primary Care Demonstration Project (PCDP). Les médecins de famille qui participent au projet sont financés au moyen d'une modalité de financement pondéré, selon laquelle ils reçoivent un paiement par capitation pour les services essentiels fournis aux patients inscrits à la pratique et facturent à l'acte pour les services de base fournis aux patients non inscrits à la pratique et pour les services supplémentaires fournis à tous les patients. Les services essentiels sont ceux que fournissent normalement toutes les pratiques familiales. Environ 80 % du revenu des pratiques du PCDP provient des services essentiels fournis aux patients inscrits, et 20 % des paiements à l'acte pour les services supplémentaires offerts aux patients inscrits ainsi que pour les services offerts aux patients non-inscrits.

Prestation de renseignements : Les programmes financés selon les ententes de service fournissent des données au moyen des codes du barème d'honoraires du MSP, mais peu d'entre eux le fournissent dans un format convenable. Les données sur les rencontres ne sont pas disponibles pour les services salariés ni rémunérés à la vacation. Des ententes de déclaration sont en cours de développement. Le système d'information sur la rémunération à l'acte a été modifié pour permettre aux pratiques du Primary Care Demonstration Project (PCDP) de soumettre des données sur les rencontres pour les services essentiels rémunérés par capitation.

**Territoires du Nord-Ouest**

Les conseils régionaux de santé sont responsables des services. La plupart des médecins qui pratiquent sont des salariés ou des contractuels rémunérés à la vacation. Ils sont embauchés directement par les conseils régionaux. Parmi 43 petites communautés, les centres de santé communautaires sont dotés d'infirmières praticiennes qui fournissent les services de soins primaires et de triage. Les médecins fournissent des services de visite et de l'appui aux infirmières. Dans les plus gros centres, les médecins pratiquent dans des bureaux privés ou des établissements; la plupart sont à salaire. Tous les spécialistes, dont les services sont fournis à partir de l'hôpital de Yellowknife, sont rémunérés à salaire.

Les médecins font état des services rendus utilisant la facturation *pro forma*. Les régions sont responsables de la collecte de données. Une restructuration du système d'information sur la santé et les services sociaux est actuellement en cours par le Department of Health and Social Services. Les données sur les médecins, y compris l'information d'inscription et les données sur l'utilisation, devraient être disponibles à l'automne de 1996.

La division des Territoires ne devrait pas porter atteinte à la disponibilité des données sur les médecins puisque le nouveau territoire, le Nunavut, utilisera le système d'information sur la santé et les services sociaux.

**Yukon**

Le Yukon n'utilise pas les autres modes de remboursement, sauf dans le cas d'un médecin situé en région éloignée qui facture à l'acte et dont le revenu est garanti.

# **Annexe A**



## Annexe A (Octobre, 1996)

**Tableau 1. Les codes pour les rencontres basés sur la CCA (Classification canadienne des actes) et les déterminants du fichier minimal de la BDNM**

Code de la CCA et définition

03.03 Entrevue limitée et évaluation

03.04 Entrevue en profondeur et évaluation

03.07 Consultation — limitée

03.08 Consultation — en profondeur

08.49 Psychothérapie

08.44 Thérapie de groupe

08.19 Autre évaluation psychiatrique et entrevue

09.02 Examen de la vue

Déterminants

O — Bureau

Hôpital

I — Hospitalisé

A — Soins ambulatoires ou externes

N — Néonatal

D — Soins quotidiens

L — Établissements pour soins de longue durée

U — Autre emplacement (ou non spécifié)

E — Urgence ou après les heures de bureau

Nota : Les déterminants identifient le lieu de prestation du service. La spécialité médicale sera disponible dans la BDNM, et n'a pas besoin d'être identifiée par un déterminant dans l'encodage du service.

**Tableau 2. Les codes de procédures du fichier minimal pour les services offerts dans un bureau**

Catégorie du Système national de groupement	Code du SGN
Services diagnostiques et thérapeutiques	
Électrocardiogramme	035
Test de Papanicolaou	053
Allergies-Immunothérapie	134
Injections-Immunsation	133
Chirurgies du nez, de la bouche, du pharynx	
Autres chirurgies D et T du nez (endoscopie)	D33
Autres chirurgies D et T du pharynx (pharyngoscopie)	
Chirurgies de jour Homme-Femme	
Vasectomie	756
Insertion du DIU	818
Système musculo-squelettique	
Fracture sans réduction :	
Épaule, bras et poitrine	N10
Coude-cubitus-ulna	N11
Main, poignet et phalanx	N12
Bassin et hanche	N13
Fémur	N14
Tibia et péroné	N15
Rotule	N16
Cheville	N17
Peau et tissu sous-cutané	
Ablation de l'ongle, de la cuticule ou du sillon latéral	988
Incision d'abcès	980
Retrait d'un corps étranger	R17
Suture d'une plaie	982

Nota : Il s'agit d'une liste préliminaire de codes de procédures pour les soins reçus dans les bureaux et en clinique. L'éventail entier des codes de la CCA s'appliquerait en milieu hospitalier.

Source : Future Development of the NPBD, Octobre 1996.