



Méthodes de calcul des paiements cliniques
moyens par médecin à l'aide des données
détaillées sur les autres modes de paiement

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Remerciements.....	5
Sommaire	6
Introduction	8
Calcul des paiements cliniques moyens par médecin au Canada	10
Paiements cliniques moyens par médecin : méthodes basées sur des données exhaustives de 5 provinces	14
Conclusion	27
Annexe A : Méthode de calcul d'un médecin ETP de l'ICIS	28
Annexe B : Paiements cliniques par médecin pour les 5 provinces	34
Références	41

Liste des figures

Figure 1 : Paiement clinique brut moyen par médecin, par province et au Canada, de 2008-2009 à 2012-2013.....	11
Figure 2 : Pourcentage du total des paiements cliniques versés aux médecins représenté par la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement, au Canada, de 1999-2000 à 2012-2013.....	13
Figure 3 : Paiements cliniques versés aux médecins, par type de paiement, pour certaines spécialités et 5 provinces combinées, en 2010-2011	15
Figure 4 : Répartition des paiements cliniques versés aux médecins, par groupe de spécialités générales, en 2010-2011	20
Figure 5 : Comparaison des 5 estimations (rémunération à l'acte et autres modes de paiement) des paiements moyens globaux par médecin, pour les 5 provinces, en 2010-2011.....	23
Figure 6 : Comparaison du paiement moyen par médecin qui a gagné au moins 60 000 \$, paiements globaux par rapport à la rémunération à l'acte, pour les 5 provinces, en 2010-2011.....	24
Figure 7 : Comparaison du paiement moyen par médecin ETP, paiements globaux par rapport à la rémunération à l'acte, pour 5 provinces, en 2010-2011	26
Figure A1 : Modèle conceptuel du nombre de médecins, de l'utilisation et des dépenses.....	30
Figure A2 : Relation entre le revenu et les valeurs ETP	31

Liste des tableaux

Tableau 1 : Résumé des 5 méthodes de calcul du paiement moyen par médecin, par spécialité générale, pour 5 provinces combinées, en 2010-2011	7
Tableau 2 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, pour 5 provinces combinées, en 2010-2011	18
Tableau 3 : Classements des paiements moyens par médecin, par méthode, pour 5 provinces, en 2010-2011	27
Tableau B1 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, pour 5 provinces combinées, en 2010-2011	34
Tableau B2 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, à Terre-Neuve-et-Labrador, en 2010-2011	36
Tableau B3 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, à l'Île-du-Prince-Édouard, en 2010-2011	37
Tableau B4 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, en Nouvelle-Écosse, en 2010-2011	38
Tableau B5 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, au Nouveau-Brunswick, en 2010-2011	39
Tableau B6 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, en Colombie-Britannique, en 2010-2011	40

Remerciements

Le présent rapport n'aurait pu être achevé sans le soutien généreux et l'aide de nombreux organismes et de nombreuses personnes, notamment des représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, de Santé Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association médicale canadienne, d'associations médicales provinciales et territoriales, de l'Association des facultés de médecine du Canada et de l'Institut de recherche en services de santé.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite également remercier les ministères provinciaux de la Santé suivants pour la soumission des données supplémentaires qui ont rendu la réalisation de cette étude possible : le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard, le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Il est à noter que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue des personnes ou des organismes susmentionnés.

L'équipe de projet principale de l'ICIS responsable de l'élaboration du rapport était composée de :

- Geoff Ballinger, gestionnaire, Information sur les médecins;
- Walter Feeney, chef de section, Information sur les médecins;
- Robert Kyte, chef de section, Information sur les médecins;
- Phil Poitras, analyste principal, Information sur les médecins.

Les membres du personnel de l'ICIS ayant agi comme réviseurs du rapport sont :

- Brent Diverty, vice-président, Programmes;
- Michael Gaucher, directeur, Services d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'œuvre de la santé.

Sommaire

En 2014, les dépenses pour les services des médecins représentaient près de 16 % des dépenses totales de santé au Canada¹. Il s'agit de la deuxième catégorie de dépenses en importance après les dépenses relatives aux hôpitaux. De plus, au cours des dernières années, elle est celle qui a connu la croissance la plus rapide parmi les grandes catégories de dépenses. Au cours des 15 dernières années, la proportion de la rémunération totale des médecins représentée par la rémunération à l'acte a connu une diminution. En effet, cette proportion est passée de plus de 90 % à la fin des années 1990 à tout juste 70 % à l'heure actuelle. Ce recul devrait se poursuivre dans l'avenir. Comme les gouvernements provinciaux et territoriaux ont commencé à mettre en œuvre un plus grand nombre de régimes d'autres modes de paiement — salaires, contrats, capitation, paiements versés aux groupes et vacation —, il est devenu de plus en plus difficile d'associer chacun des paiements que les médecins reçoivent au service qu'ils fournissent. Cela tient du fait que les paiements ne sont pas toujours alloués à des médecins individuellement et que les services qu'ils fournissent ne sont habituellement pas décrits dans le cadre de nombreux programmes relatifs aux autres modes de paiement. Comme l'on ne dispose pas de ces détails, il est de plus en plus difficile d'avoir un portrait complet des services fournis par les médecins, surtout de ceux rémunérés dans le cadre des programmes relatifs aux autres modes de paiement.

L'ICIS travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires afin d'inverser cette perte passive de renseignements sur les activités des médecins. Jusqu'à tout récemment, il était impossible d'intégrer les données sur la rémunération à l'acte qui étaient très détaillées aux renseignements sur les autres modes de paiement qui étaient beaucoup moins détaillés. On ne pouvait donc pas calculer les mêmes indicateurs relatifs aux médecins qui, dans le passé, étaient fondés seulement sur les données sur la rémunération à l'acte. Récemment, 5 provinces — Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Colombie-Britannique — ont commencé à soumettre à l'ICIS des données détaillées sur les programmes relatifs aux autres modes de paiement. Ces données peuvent être intégrées à leurs données sur la rémunération à l'acte et servir à calculer les indicateurs sur la base de renseignements plus complets qu'auparavant. L'ICIS a combiné ces nouveaux renseignements et les a utilisés dans le cadre de cette étude pour démontrer leur utilité dans l'établissement de mesures exhaustives sur le paiement moyen par médecin.

Le tableau 1 résume les 5 méthodes de calcul du paiement moyen par médecin pour les 5 provinces combinées. Pour la première fois, cet indicateur se base sur des données intégrées et détaillées sur la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement. Les différentes méthodes comprennent 3 façons de retirer (ou « d'exclure ») les paiements versés aux médecins qui sont inférieurs ou supérieurs aux différents seuils de revenu. Les seuils de revenus sont des limites arbitraires choisies par des experts qui servent à éliminer des indicateurs les cas atypiques (valeurs aberrantes) de médecins. Ils permettent également d'expliquer l'effet comparativement à une moyenne simple et à une mesure améliorée des équivalents temps plein qui utilise la rémunération des médecins comme indicateur d'activité précis. Le tableau 1 présente également les données par spécialité générale des médecins pour d'autres comparaisons.

Tableau 1 : Résumé des 5 méthodes de calcul du paiement moyen par médecin, par spécialité générale, pour 5 provinces* combinées, en 2010-2011

Spécialité	Nombre	Montant total payé par médecin participant		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		Moy.	Médiane	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Médecine familiale	8 699	217 612 \$	206 256 \$	7 442	250 171 \$	6 694	269 068 \$	6 782	208 635 \$	8 151	232 254 \$
Spécialités de la médecine	4 476	279 088 \$	255 969 \$	4 017	308 405 \$	3 795	321 790 \$	3 481	264 028 \$	3 595	282 599 \$
Spécialités de la chirurgie	2 178	396 169 \$	376 713 \$	1 919	446 655 \$	1 819	466 761 \$	1 683	383 859 \$	1 985	434 593 \$
Total	15 353	260 865 \$	235 094 \$	13 378	295 841 \$	12 308	314 541 \$	11 946	249 462 \$	13 732	274 690 \$

Remarque

* Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Colombie-Britannique.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Principaux résultats de l'analyse

- Chaque méthode présente des résultats significativement différents selon chaque province et chaque spécialité, ainsi que des résultats assez différents entre les provinces.
- L'établissement des paiements moyens en fonction des données combinées sur la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement n'a souvent pas eu l'effet escompté si on compare avec l'établissement des paiements moyens en fonction seulement des données sur la rémunération à l'acte.

Il faudra procéder à une analyse approfondie pour mieux comprendre la dynamique sous-jacente aux résultats de chacune des analyses et pour permettre une convergence vers la méthode à privilégier. Pour ce faire, il serait essentiel d'obtenir des renseignements détaillés sur les programmes relatifs aux autres modes de paiement auprès d'autres provinces.

L'ICIS tient à améliorer de façon continue la production de rapports sur l'ensemble des services offerts par les médecins au Canada. Cette étude constitue la première étape des activités en cours. Elle vise à montrer qu'il est essentiel d'ajouter des données détaillées sur la rémunération à l'acte aux mesures de l'activité des médecins au Canada, lesquelles incluent tous les paiements et services, quel que soit le type de paiement. L'ICIS souhaite que cette initiative encourage d'autres provinces à envisager la soumission de données détaillées sur les autres modes de paiement et ainsi que cette information cruciale ne soit plus une lacune au pays.

Introduction

Il y a une dizaine d'années, les médecins canadiens étaient rémunérés pour chaque service qu'ils fournissaient au moyen presque exclusivement de régimes de rémunération à l'acte. Il était alors relativement plus facile de décrire les services qu'ils offraient et les paiements qu'ils recevaient. Les médecins devaient soumettre une demande de paiement à un régime provincial ou territorial d'assurance-maladie pour un service assuré qu'ils avaient fourni à un patient admissible. Les honoraires versés au médecin par la suite étaient calculés selon le barème d'honoraires établi et négocié par l'association médicale provinciale ou territoriale concernée et le gouvernement provincial ou territorial compétent. Les données des demandes reçues qui étaient soumises par les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-maladie constituaient une mine de renseignements administratifs sur la rémunération des médecins, les services fournis, les patients à qui les services étaient fournis et la raison pour laquelle ils étaient offerts.

Les régimes de rémunération à l'acte ont suscité des préoccupations puisqu'ils encouragent en raison de leur nature une augmentation du volume. Parallèlement, l'accès aux soins a également commencé à soulever des inquiétudes de sorte que toutes les provinces et tous les territoires du Canada ont été incités à trouver d'autres façons de rémunérer les médecins. Les solutions de rechange à la rémunération à l'acte sont appelées « programmes relatifs aux autres modes de paiement »ⁱ. Ces derniers varient à l'échelle du pays puisqu'ils ont été conçus de manière à répondre aux besoins de chaque province et chaque territoire. Parmi les types communs de programmes relatifs aux autres modes de paiement, citons les salaires, la capitation, les contrats et les paiements à la vacation, ou une combinaison de ceux-ci.

Depuis la fin des années 1990, ces autres modes de paiement représentent une part de plus en plus importante de la rémunération globale des médecins. Ils comptent actuellement pour environ 30 % des paiements versés aux médecins au Canada. Cependant, cette proportion varie considérablement au fil du temps selon la province et la spécialité du médecin. Les renseignements historiques détaillés qui étaient auparavant tirés des réclamations relatives à la rémunération à l'acte ne sont généralement pas recueillis dans la plupart des programmes relatifs aux autres modes de paiement. L'exhaustivité et la qualité des soi-disant régimes de facturation *pro forma*ⁱⁱ servant à collecter ces données ne sont pas uniformes dans l'ensemble du pays, ce qui limite l'utilisation des données dans les rapports à l'échelle nationale. Force est de constater que certaines de ces sources d'information administrative nous donnent moins d'information sur les activités des médecins que par le passé. Depuis 2012, la part des paiements versés aux médecins pour laquelle nous disposons de peu de renseignements est associée à un segment de 7 milliards de dollars du système de soins de santé canadien² ou près de 3,3 % des dépenses totales du pays en soins de santé¹.

-
- i. Le terme « programme relatif aux autres modes de paiement » est utilisé dans la plupart des provinces, sauf en Alberta où les programmes semblables sont appelés « programmes de financement ».
 - ii. La facturation *pro forma* permet de recueillir des données par la présentation d'une facture pour tous les services fournis comme si le médecin était encore rémunéré à l'acte, même si la rémunération est minime ou qu'il y en aura aucune pour chaque service. Cette mesure fait souvent partie des exigences des programmes relatifs aux autres modes de paiement.

Les provinces qui soumettaient auparavant des données sur la rémunération à l'acte à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont commencé à soumettre des données agrégées sur les autres modes de paiement à la fin des années 1990, soit lorsque ces régimes ont commencé à occuper une place plus importante. En 2008, les provinces de l'Atlantique ont commencé à soumettre des données détaillées sur les autres modes de paiement et la Colombie-Britannique a emboîté le pas en 2010. Les données détaillées sur les autres modes de paiement comprennent les paiements par médecin et par spécialité plutôt que des données agrégées comme dans le passé.

La Base de données nationale sur les médecins (BDNM) sert à faciliter la planification des ressources en matière de médecins et la recherche pour les gouvernements provinciaux et territoriaux. Pour ce faire, elle permet de comparer les données pancanadiennes sur les paiements versés aux médecins. L'ICIS collabore continuellement avec les ministères provinciaux de la Santé, les associations médicales, les collèges nationaux des médecins et le milieu de la recherche pour améliorer la qualité, l'exhaustivité et l'utilité des données sur les médecins. Cependant, au cours des dernières années, il est devenu de plus en plus difficile de dresser un portrait pancanadien similaire puisque les autres modes de paiement occupent une place de plus en plus importante dans la rémunération totale des médecins.

Le présent rapport vise à

- expliquer comment les données détaillées sur les autres modes de paiement provenant des 5 provinces peuvent être intégrées à celles sur la rémunération à l'acte en vue d'améliorer la mesure des activités des médecins, comme les paiements cliniques moyens par médecin, et de leur servir de complément;
- montrer des méthodes de calcul des paiements cliniques moyens par médecin qui sont basées sur les données détaillées sur les autres modes de paiement, y compris l'établissement d'une mesure globale d'un équivalent temps plein (ETP).

Globalement, l'ICIS souhaite utiliser le présent rapport pour encourager d'autres provinces à soumettre des données détaillées sur les autres modes de paiement pour que les mesures de la rémunération totale soient mieux comprises et que les renseignements comparatifs générés à partir des données puissent être continuellement améliorés et rendus plus pertinents.

Le présent document comporte 2 grandes sections. La première brosse un tableau de la situation actuelle des indicateurs relatifs aux médecins, notamment des répercussions de l'érosion des données détaillées sur la rémunération à l'acte de la rémunération totale. La seconde porte sur les mesures des paiements cliniques moyens par médecin des 5 provinces qui ont soumis à l'ICIS des données détaillées sur les autres modes de paiement et sur la rémunération à l'acte. On y explique également les avantages de ces données pour les décideurs, les planificateurs et les chercheurs.

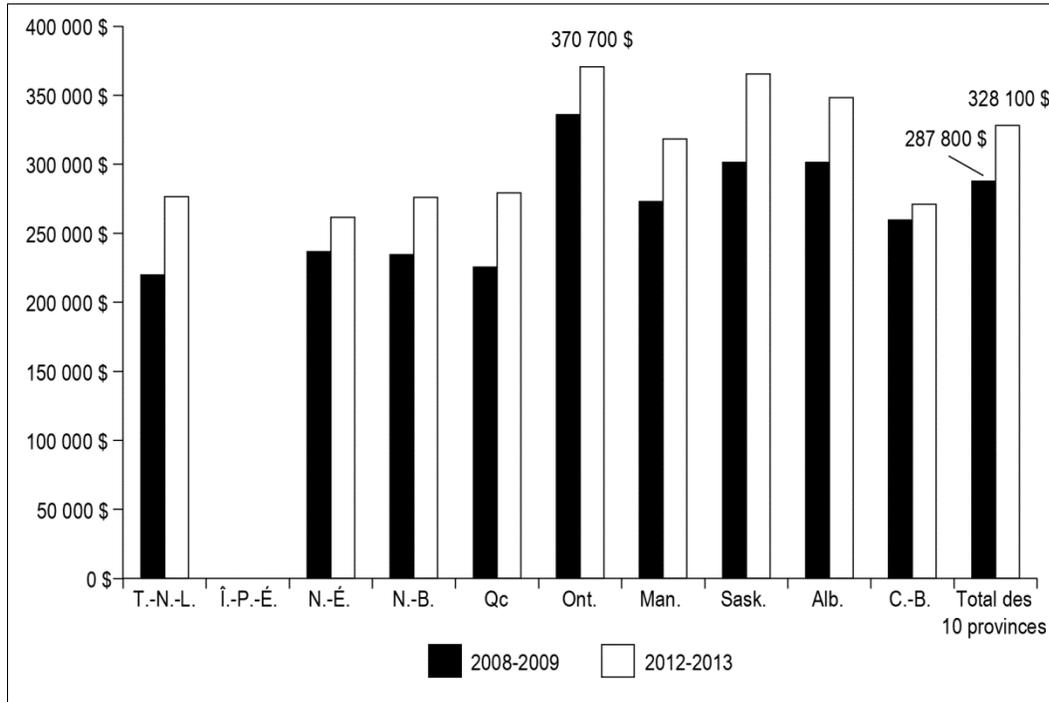
Calcul des paiements cliniques moyens par médecin au Canada

L'augmentation graduelle du total des paiements versés pour les services des médecins depuis le début du millénaire est incontestable². Elle est en partie attribuable aux différents nouveaux incitatifs et honoraires qui visent à répondre aux préoccupations au sujet de l'accès aux soins prodigués par les médecins. Parmi ces préoccupations, mentionnons le vieillissement de la population, le vieillissement des effectifs de médecins et un nombre croissant de jeunes et de femmes médecins qui sont moins axés sur le volume de services que leurs collègues plus âgés. La croissance continue du total des paiements versés aux médecins suscite un intérêt grandissant pour les paiements moyens versés aux médecins. Dans le passé, les paiements moyens étaient calculés uniquement avec les données détaillées sur la rémunération à l'acte des médecins. De plus, les méthodes d'ajustement des niveaux d'activité étaient fondées sur différents seuils arbitraires d'exclusion des revenus (p. ex. paiements de plus de 60 000 \$ versés aux médecins) et sur une méthode de calcul de l'ETP basée sur les paiements aux médecins. À la fin des années 1990, toutes les provinces ont commencé à envoyer à l'ICIS des données agrégées sur les autres modes de paiement des médecins. L'ICIS a par la suite perçu la nécessité de rendre compte des paiements moyens par médecin. Il a donc publié pour la première fois en 2012 un indicateur sur le total des paiements cliniques bruts par médecin. Cet indicateur reposait sur les données agrégées sur la rémunération à l'acte des médecins et sur les autres modes de paiement des médecins.

Cet indicateur était fondé sur le total des paiements cliniques bruts par médecin versés au titre de la rémunération à l'acte et des autres modes de paiement divisé par le nombre de médecins ayant reçu un paiement clinique d'un régime d'assurance-maladie. La figure 1 montre l'augmentation des paiements cliniques bruts moyens nominaux qui ont été versés aux médecins au cours des 5 années pour lesquelles des données de facturation des médecins comparables et complètes sont disponibles dans les provinces et territoires. Selon ce graphique, les paiements moyens pour les 10 provinces combinées ont augmenté de 14,0 % au cours des 5 années. Il montre également que toutes les provinces ont connu une augmentation.

Terre-Neuve-et-Labrador a affiché l'augmentation la plus marquée parmi toutes les provinces; les paiements moyens versés aux médecins y ont augmenté de 25,7 %. Le Québec arrive au deuxième rang avec une hausse de 23,7 %. Enfin, la Colombie-Britannique a affiché l'augmentation la moins importante sur 5 ans, avec 4,5 %; elle est suivie par la Nouvelle-Écosse et l'Ontario, avec 10,4 %.

Figure 1 : Paiement clinique brut moyen par médecin, par province et au Canada, de 2008-2009 à 2012-2013



Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Bien que la figure 1 fournisse des renseignements sur l'évolution des paiements moyens versés aux médecins au fil du tempsⁱⁱⁱ, elle présente certaines déficiences. Comme le dénominateur correspond au nombre de médecins, le total des paiements cliniques est simplement divisé par le nombre de médecins qui ont reçu un paiement d'un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial, peu importe si ces médecins ont prodigué des soins cliniques pendant une heure ou 80 heures par semaine.

Une approche plus précise et plus utile pour les planificateurs des ressources en matière de médecins consiste à calculer les paiements moyens de la façon suivante : le total des paiements cliniques est divisé par un dénominateur qui a été corrigé de manière à normaliser le niveau d'activité par médecin et les différences sur le plan des honoraires d'une province à l'autre. Pour certains types d'analyse, il peut également être utile d'exclure les médecins qui ne travaillent pas à temps plein et ceux qui reçoivent des paiements anormalement élevés. Une autre approche consiste à utiliser un ETP global et comparable dans le dénominateur. Cette méthode permet d'obtenir un paiement moyen par médecin qui normalement travaille à temps plein ou qui produit un niveau d'activité similaire à celui de la majorité des médecins.

iii. À la demande du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard, le paiement moyen de la province n'est pas inclus dans la présente analyse, en raison de la proportion plus élevée de spécialistes itinérants et suppléants dans la province; cela a l'effet d'augmenter le nombre de médecins ayant des paiements peu élevés et abaisse la moyenne des paiements en deçà de ceux d'autres provinces et territoires où l'on dépend moins de ce type de dispositions. L'Î.-P.-É. est incluse dans le total des 10 provinces.

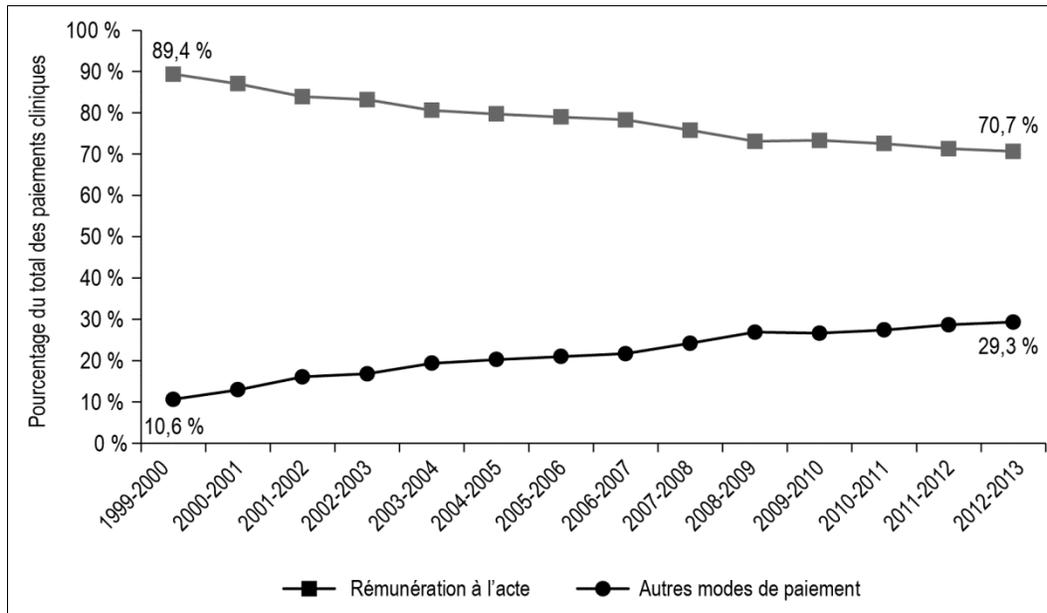
La méthode traditionnelle de calcul d'un ETP repose sur le nombre d'heures travaillées; cependant, au Canada, on ne dispose pas du nombre d'heures travaillées par les médecins. Ces heures ne sont pas incluses normalement ni universellement dans les données administratives comme les renseignements sur la facturation des médecins fournis par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. On peut obtenir les heures travaillées aux soins cliniques dans les données d'enquête. Néanmoins, si on les analyse à un niveau détaillé, leur précision relative est plus incertaine (p. ex. selon la spécialité du médecin, dans les provinces et territoires de plus petite taille, ou lorsque les taux de réponse sont bas). De plus, comme les enquêtes ne sont menées que de temps en temps, les lacunes que présentent les renseignements au fil du temps ont une incidence sur la précision globale.

Une autre possibilité pour le calcul d'un médecin ETP consisterait à utiliser les paiements versés aux médecins pour les services qu'ils fournissent comme un indicateur d'activité. En général, des honoraires plus élevés sont versés aux médecins pour des services qui nécessitent un niveau d'intensité supérieur, plus de temps ou, peut-être, un degré de spécialisation supérieur, ou qui sont plus complexes que les services associés à des frais moins élevés. Depuis des décennies, l'utilisation des paiements pour le calcul d'un médecin ETP plutôt que d'autres données est une pratique généralement acceptée au Canada^{iv}. Par ailleurs, cette méthode présente elle aussi d'importantes contraintes sur le plan de l'accessibilité des données nécessaires pour le calcul d'un ETP sur la base des paiements totaux versés à tous les médecins. Les renseignements sur les paiements et l'utilisation des services peuvent être obtenus des données de facturation des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux, mais uniquement pour les services payés au titre de la rémunération à l'acte. Comme il a été mentionné précédemment, le recours à la rémunération à l'acte en tant que mode ou moyen de rémunérer les médecins pour leurs services est en baisse dans le total des paiements versés aux médecins. Enfin, le niveau de précision des données sur les autres modes de paiement ne correspond pas toujours à celui de la rémunération à l'acte.

Cet effritement passif des renseignements détaillés requis pour le calcul d'un ETP précis et d'autres mesures similaires de l'activité des médecins revêt de l'importance pour le système de soins de santé et les planificateurs des ressources en matière de médecins. D'ailleurs, en 2014, près de 16 % — 33,2 milliards de dollars — de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Canada étaient consacrés aux services des médecins¹. Aussi, près de 80 % des paiements versés aux médecins pour leurs services proviennent des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. En 2012, les autres modes de paiement représentaient près de 30 % (29,3 %)² du total des paiements versés aux médecins, et ce pourcentage continuera probablement d'augmenter dans l'avenir (figure 2). L'absence générale de détails sur les médecins individuellement qui sont payés par un autre mode de paiement rend de plus en plus difficile de dresser un portrait complet des services fournis par les médecins, surtout de ceux fournis par des médecins rémunérés par d'autres modes de paiement.

iv. Se reporter à l'annexe A pour des renseignements détaillés sur la méthodologie de calcul de l'ETP au moyen des paiements utilisée par l'ICIS.

Figure 2 : Pourcentage du total des paiements cliniques versés aux médecins représenté par la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement, au Canada, de 1999-2000 à 2012-2013



Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

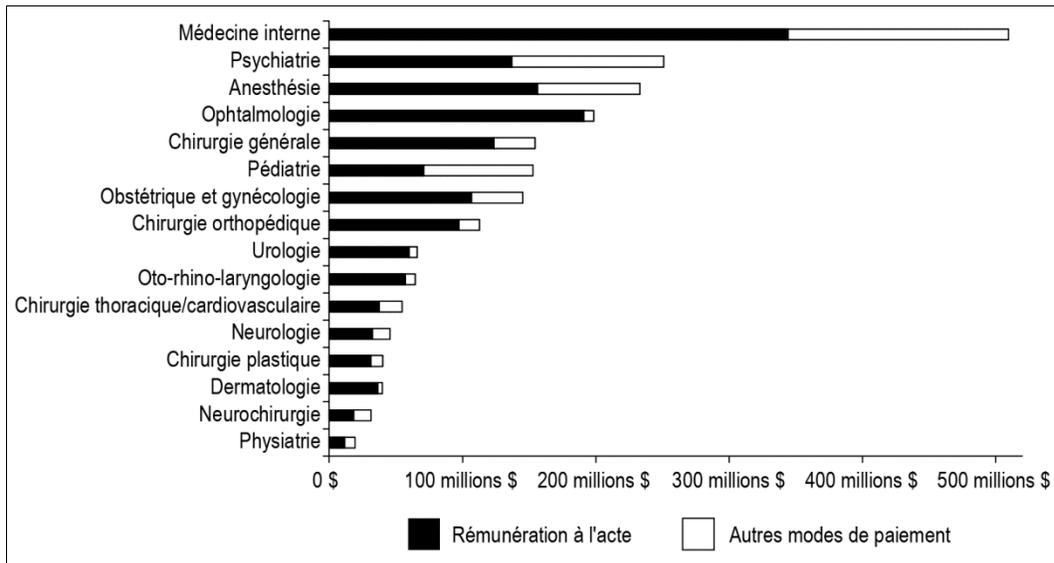
Il est important de comprendre que les données sur la rémunération à l'acte soumises à l'ICIS par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux ne sont pas tirées des réclamations individuelles. Elles sont plutôt agrégées au niveau du médecin. Autrement dit, pour tous les codes du barème de frais d'une province ou d'un territoire, les paiements sont agrégés pour chaque médecin en fonction du total des paiements et du nombre de services fournis à leurs patients. Ces données sont tout de même très détaillées et peuvent servir à calculer de nombreux indicateurs fiables et utiles pour les planificateurs des ressources en matière de médecins. Cependant, les données sur les autres modes de paiement ne sont généralement pas aussi détaillées et ce mode de rémunération représente une proportion croissante de la rémunération globale des médecins. Les données sur les autres modes de paiement sont soumises à l'ICIS à un niveau plus agrégé de sorte qu'il est pratiquement impossible de les intégrer aux données sur la rémunération à l'acte qui sont plus détaillées. Elles peuvent seulement servir à déterminer la proportion représentée par la rémunération à l'acte ou les autres modes de paiement dans la rémunération globale des médecins. Ainsi, l'ETP — ou tout autre indicateur qui doit se fonder sur des renseignements détaillés — ne peut être calculé que pour la composante rémunération à l'acte des paiements globaux. On exclut alors du calcul près de 30 % des paiements. Naturellement, un ETP fondé uniquement sur les paiements au titre de la rémunération à l'acte présente d'importantes déficiences si on souhaite faire des comparaisons entre les provinces et les territoires, des intervalles de temps ou des spécialités.

Paiements cliniques moyens par médecin : méthodes basées sur des données exhaustives de 5 provinces

Depuis 2008, l'ICIS travaille de concert avec les provinces et les territoires pour élaborer des formats normalisés de soumission des données pour les autres modes de paiement. Il s'efforce d'établir des formats qui se concilient bien avec les renseignements au niveau du médecin soumis pour les paiements au titre de la rémunération à l'acte. Même si toutes les provinces et tous les territoires ont reconnu l'importance de soumettre à l'ICIS des données sur les autres modes de paiement au niveau du médecin, ils ne l'ont pas tous fait pour diverses raisons. Pour l'année de données 2010-2011, l'ICIS a réussi à intégrer les données sur les autres modes de paiement au niveau du médecin soumises par 5 provinces : Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique. Dans le présent rapport, les données de ces 5 provinces servent à illustrer la façon dont des renseignements plus détaillés peuvent être utilisés pour le calcul de nouveaux indicateurs exhaustifs et à montrer comment ces indicateurs soutiennent la comparaison avec ceux fondés uniquement sur les données sur la rémunération à l'acte.

La figure 3 montre l'amélioration de la couverture pour les différentes spécialités dans les 5 provinces combinées lorsque les données sur les autres modes de paiement sont intégrées à celles sur la rémunération à l'acte. L'incidence de l'intégration des données des programmes relatifs aux autres modes de paiement sur le total des paiements varie selon les spécialités médicales. Par exemple, en moyenne pour les 5 provinces, près du tiers (32,5 %) des paiements aux spécialistes en médecine interne ont été versés dans le cadre d'un programme relatif aux autres modes de paiement. Si on exclut les autres modes de paiement et on utilise seulement les paiements au titre de la rémunération à l'acte, il manquerait un montant de plus de 165 millions de dollars à tout indicateur. Un cinquième (19,9 %) des paiements aux chirurgiens généralistes ont été versés au moyen d'autres modes de paiement, ce qui représente 30,8 millions de dollars. L'urologie et l'ophtalmologie constituent les 2 spécialités sur lesquelles l'intégration d'autres modes de paiement n'a pas eu une grande incidence; les autres modes de paiement ne comptaient que pour 9,0 % et 3,8 % respectivement. Les médecins de famille n'ont pas été inclus dans le graphique en raison de l'énorme différence dans l'importance des paiements relatifs à la médecine familiale par rapport aux autres spécialités. Cependant, les paiements versés aux médecins de famille dans les 5 provinces combinées se chiffraient à 1,9 milliard de dollars, dont 460 millions de dollars (24,2 %) du total des paiements provenaient de programmes relatifs aux autres modes de paiement.

Figure 3 : Paiements cliniques versés aux médecins, par type de paiement, pour certaines spécialités et 5 provinces* combinées, en 2010-2011



Remarque

* Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Colombie-Britannique : ces provinces sont actuellement en mesure de soumettre à l'ICIS des données cliniques suffisamment détaillées sur les autres modes de paiement qui peuvent être intégrées à leurs données cliniques sur la facturation au titre de la rémunération à l'acte.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Facteurs à prendre en considération pour l'interprétation de l'information sur les paiements versés aux médecins

Certains éléments importants doivent être pris en considération dans l'interprétation de l'information sur les paiements versés aux médecins. Ils s'appliquent à toutes les provinces, mais surtout aux 5 provinces qui ont soumis les données exhaustives sur les paiements cliniques présentées dans le présent rapport.

Frais généraux

Les frais généraux comprennent, entre autres, les coûts liés au fonctionnement des cabinets et des organismes où les médecins exercent (p. ex. le coût des locaux à bureaux, du personnel de soutien, des fournitures administratives, de l'assurance, des avantages sociaux et du matériel médical). Ils peuvent varier considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre ainsi qu'à l'intérieur même des provinces et des spécialités. La mesure dans laquelle les frais généraux sont inclus dans les paiements diffère également selon le mode de paiement et les dispositions d'emploi. Par exemple, les médecins en pratique privée qui travaillent seuls ou exercent en groupe et qui sont rémunérés à l'acte seulement ou dans le cadre de régimes mixtes devront généralement assumer le coût total de leur pratique médicale au moyen des paiements bruts qu'ils reçoivent. Par ailleurs, les médecins qui sont des employés et qui reçoivent un salaire ou sont rémunérés sur une base contractuelle ne paient habituellement pas les frais généraux

avec leurs paiements bruts, car la plupart de ces frais sont couverts ou défrayés par l'organisme qui les emploie. Bien que les frais généraux soient importants pour l'établissement de la rémunération moyenne *nette* des médecins, ils le sont moins pour le calcul du paiement clinique moyen *brut* par médecin versé par les régimes d'assurance-maladie; ce sont ces moyennes qui sont présentées dans le présent rapport.

Répartition des coûts pour chaque médecin

Contrairement aux renseignements sur la rémunération à l'acte, les données sur les autres modes de paiement ne peuvent pas toujours être attribuées à chaque médecin. Dans certains cas, ce sont les groupes de médecins, plutôt que les médecins individuellement, qui reçoivent les fonds des régimes d'assurance-maladie pour la prestation de services assurés. Cette situation est caractéristique de certains dispensateurs de soins primaires dans nombre de provinces. Dans ces circonstances, le groupe verse les fonds à chaque médecin; l'ICIS ne connaît donc pas la répartition de ceux-ci au sein du groupe ou n'y a pas accès. Jusqu'à ce que les provinces et les territoires soumettent plus de renseignements ou appliquent des méthodes de répartition plus précises, l'ICIS répartit uniformément les paiements versés aux groupes entre tous les membres.

Données sur les spécialistes de services de radiologie, de laboratoire et d'anesthésie

Les spécialistes des services de radiologie, de laboratoire et d'anesthésie sont exclus de l'analyse suivante. Cette exclusion vise à améliorer la comparabilité des renseignements entre les provinces et les territoires puisque les mécanismes de prestation et de paiement pour ces services varient considérablement dans l'ensemble du pays. Dans certaines provinces et certains territoires, les spécialistes des services de radiologie ou de laboratoire sont rémunérés exclusivement par des régimes d'assurance-maladie, tandis qu'ailleurs, ils sont rémunérés au moyen du budget des hôpitaux, d'autres sources publiques ou privées, ou d'une combinaison de sources de paiement.

Médecins suppléants ou ententes contractuelles à court terme

Les médecins qui font un remplacement ou qui sont visés par une entente contractuelle à court terme sont inclus dans les calculs, mais ils peuvent influencer différemment sur les résultats. Leur incidence sur les indicateurs de paiement des médecins varie selon la province et le territoire, ainsi qu'au fil du temps au sein d'une même province ou d'un même territoire. Dans certains cas, un médecin suppléant peut occuper un poste pendant un mois ou moins et, dans d'autres, jusqu'à un an. Si 3 ou 4 médecins occupent un seul poste financé au cours d'une année donnée, le calcul du paiement moyen ainsi que la répartition des paiements versés aux médecins peuvent être faussés.

Médecins travaillant dans une université, ou dans un poste d'administration ou de recherche

Les médecins qui travaillent principalement dans une université, ou dans un poste d'administration ou de recherche et qui passent seulement une partie de leur temps à offrir des soins cliniques ne seront représentés dans les données qu'au moyen des paiements cliniques qui leur sont versés au titre d'un régime d'assurance-maladie. La partie de leur revenu brut provenant d'autres sources ou de sources non cliniques, comme les plans de financement universitaire, ne sera pas incluse, si elle n'est pas financée par le régime d'assurance-maladie compétent.

Résumé des méthodes de calcul des paiements cliniques moyens par médecin

Le tableau 2 présente le total des paiements cliniques par spécialité médicale pour les 5 provinces qui ont soumis à l'ICIS des données sur la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement au niveau du médecin. Le dénominateur utilisé pour le calcul de la médiane et de la moyenne est fondé sur le nombre de médecins qui ont reçu un paiement d'un régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, peu importe si ces médecins ont fourni des soins cliniques pendant une heure ou 80 heures par semaine.

Différentes démarches sont utilisées dans les 4 méthodes suivantes pour la normalisation du niveau d'activité de chaque médecin. Les moyennes des 2 premières méthodes excluent les médecins dont le total des paiements cliniques est inférieur aux seuils arbitraires d'exclusion de 60 000 \$ et 100 000 \$. Ces seuils servent à illustrer les répercussions de l'inclusion des soi-disant médecins « types » (c.-à-d. ceux qui reçoivent des paiements cliniques supérieurs aux médecins qui ne comptent probablement pas sur la prestation de soins cliniques pour la majeure partie de leur revenu brut). La méthode suivante est semblable, mais elle exclut les médecins compris dans les 2 extrémités de la répartition des montants; on y exclut arbitrairement les paiements situés dans le 10 % inférieur et le 10 % supérieur. Des experts-conseils de l'ICIS ont établi ces seuils pour montrer les conséquences des différentes méthodes d'exclusion des soi-disant médecins types, soit ceux qui travaillent principalement dans des cliniques. On pourrait également utiliser des moyennes basées sur d'autres seuils.

La dernière méthode consiste à établir un ETP de la manière suivante : on inclut tous les paiements versés aux médecins et on divise le total des paiements par un nombre pondéré selon le niveau d'activité. On ne divise pas simplement les paiements totaux par le nombre de médecins ou d'autres variances des effectifs qui excluent arbitrairement différentes cohortes comme les méthodes décrites précédemment. Se reporter à l'annexe A pour plus de détails sur la méthodologie du calcul d'un ETP.

Les estimations comparatives des paiements moyens par médecin sont parmi les indicateurs de l'ICIS sur les médecins les plus couramment utilisés. Nombre d'utilisateurs se demandent laquelle des méthodes présentées dans le tableau 2 serait le meilleur indicateur à utiliser. La réponse : la méthode dépend de ce qui intéresse l'utilisateur. Les sections suivantes en font une analyse approfondie.

Tableau 2 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, pour 5 provinces* combinées, en 2010-2011

Spécialité	Nombre	Montant total payé par médecin participant		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		Médiane	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Médecine familiale	8 699	206 256 \$	217 612 \$	7 442	250 171 \$	6 694	269 068 \$	6 782	208 635 \$	8 151	232 254 \$
Spécialités de la médecine	4 476	255 969 \$	279 088 \$	4 017	308 405 \$	3 795	321 790 \$	3 481	264 028 \$	3 595	282 599 \$
Médecine interne	1 565	292 315 \$	325 704 \$	1 382	365 853 \$	1 320	379 258 \$	1 217	297 290 \$	1 568	324 895 \$
Neurologie	172	230 562 \$	261 377 \$	154	288 434 \$	145	301 911 \$	136	248 386 \$	171	263 047 \$
Psychiatrie	1 096	219 339 \$	228 897 \$	1 001	247 972 \$	925	261 847 \$	865	219 613 \$	1 050	238 982 \$
Pédiatrie	639	227 848 \$	238 931 \$	555	272 839 \$	530	281 909 \$	486	227 634 \$	620	246 304 \$
Dermatologie	103	369 578 \$	383 301 \$	96	409 383 \$	90	431 298 \$	79	365 266 \$	104	381 155 \$
Physiatrie	86	192 056 \$	214 022 \$	77	236 850 \$	72	247 896 \$	68	203 656 \$	82	223 129 \$
Anesthésie	815	292 760 \$	285 990 \$	752	308 045 \$	713	320 491 \$	630	286 032 \$	†	†
Spécialités de la chirurgie	2 178	376 713 \$	396 169 \$	1 919	446 655 \$	1 819	466 761 \$	1 683	383 859 \$	1 985	434 593 \$
Chirurgie générale	443	356 051 \$	348 644 \$	376	407 113 \$	357	424 456 \$	339	343 632 \$	388	398 160 \$
Chirurgie thoracique/ cardiovasculaire	118	473 480 \$	461 273 \$	110	492 540 \$	106	508 200 \$	93	461 760 \$	111	490 933 \$
Urologie	144	437 921 \$	451 807 \$	135	479 870 \$	128	501 622 \$	111	440 738 \$	138	471 178 \$
Chirurgie orthopédique	345	350 223 \$	326 955 \$	305	367 352 \$	284	388 762 \$	265	329 771 \$	308	366 225 \$
Chirurgie plastique	125	340 526 \$	312 268 \$	105	368 579 \$	97	391 901 \$	100	303 282 \$	109	357 941 \$
Neurochirurgie	64	409 544 \$	452 444 \$	59	488 423 \$	58	495 201 \$	49	438 021 \$	61	474 888 \$
Ophthalmologie	318	570 030 \$	623 936 \$	284	696 096 \$	272	723 200 \$	250	570 675 \$	303	654 997 \$
Oto-rhino-laryngologie	159	403 208 \$	406 039 \$	148	434 426 \$	141	452 049 \$	126	390 307 \$	149	432 969 \$
Obstétrique et gynécologie	462	313 549 \$	314 187 \$	397	361 581 \$	376	377 225 \$	350	304 714 \$	419	346 778 \$
Total pour les spécialités	6 654	285 307 \$	317 411 \$	5 936	353 098 \$	5 614	368 762 \$	5 164	303 082 \$	5 581	336 670 \$
Total pour les médecins	15 353	235 094 \$	260 865 \$	13 378	295 841 \$	12 308	314 541 \$	11 946	249 462 \$	13 732	274 690 \$

Remarques

* Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Colombie-Britannique

† Les spécialistes en anesthésie ont été retirés du calcul de l'ETP.

Les spécialistes des services de radiologie et de laboratoire ne sont pas inclus.

Se reporter à l'annexe B pour une version de ce tableau pour de chaque province.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Analyse des méthodes de calcul des paiements cliniques moyens par médecin

Méthode du seuil de revenu

La médiane et la moyenne simple du tableau 2 n'excluent aucun médecin. La moyenne est un calcul direct de tous les paiements cliniques divisés par tous les médecins qui ont soumis une demande de paiement à un régime d'assurance-maladie. Elle est correcte sur le plan mathématique, est conviviale et est facile à comprendre. Toutefois, elle inclut les médecins à faible revenu qui pourraient travailler de façon informelle, provisoire, périodique ou occasionnelle. Elle comprend également les médecins à revenu très élevé qui sont payés dans des circonstances inhabituelles ou exceptionnelles ou selon des ententes atypiques pour la plupart des médecins; l'inclusion de ces médecins faussera les résultats en augmentant les revenus moyens.

Pour l'obtention d'un paiement moyen qui ne comprend que les médecins qui travaillent selon des dispositions plus permanentes, régulières et continues, il serait préférable d'utiliser divers seuils de revenu qui excluent certains médecins. Les seuils fondés sur une valeur absolue sont faciles à expliquer et à comprendre. Le tableau 2 présentent respectivement les méthodes d'exclusion qui utilisent 2 de ces seuils : exclusion des paiements de moins de 60 000 \$ ou et de ceux de moins de 100 000 \$. Le seuil de 60 000 \$ est habituellement utilisé au Canada, mais il serait facile d'établir d'autres seuils pour une spécialité, une province ou un territoire en particulier. En général, les limites des seuils de revenu sont arbitraires. De plus, les statistiques fondées sur ceux-ci ne conviennent pas à une analyse des séries chronologiques, parce que le sous-ensemble des gains supérieurs ou inférieurs au seuil variera au fil du temps selon la baisse ou la hausse des honoraires.

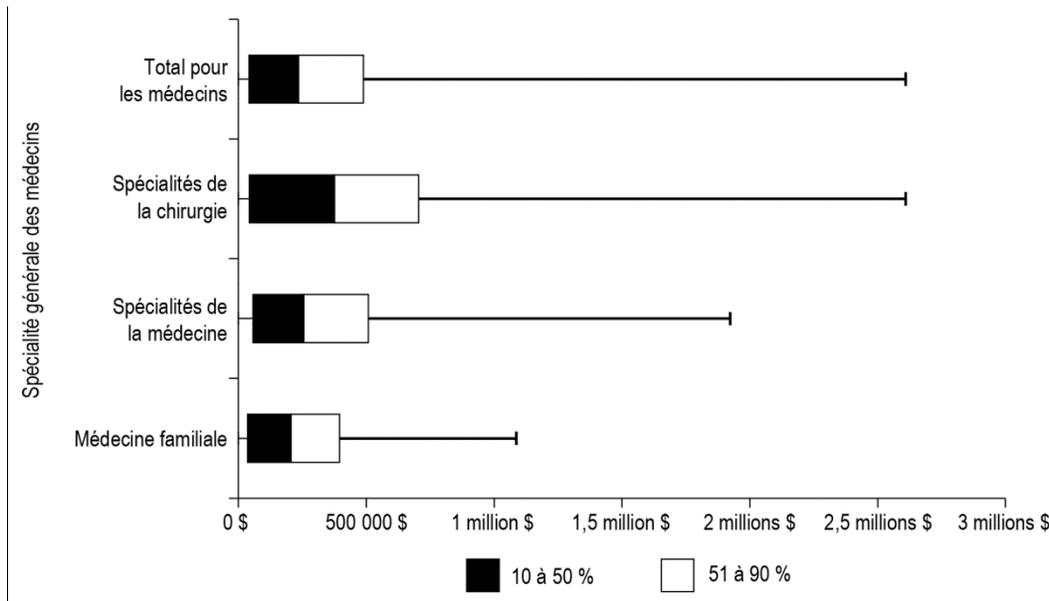
En outre, il existe des différences relatives d'une province et d'un territoire à l'autre quant au montant des revenus gagnés par les médecins au titre des ententes de rémunération uniques négociées entre les médecins et le gouvernement de chaque province et territoire. Dans certaines provinces ou certains territoires, un spécialiste est payé relativement moins qu'un même spécialiste dans une autre province; il peut donc y avoir une plus grande proportion de médecins dont les gains sont inférieurs au seuil de revenu. L'exclusion des paiements versés à ces médecins du numérateur et du nombre qu'ils représentent dans le calcul du dénominateur peut avoir une plus grande incidence sur le paiement moyen par médecin dans une province où la proportion de gains inférieurs au seuil est plus élevée et où proportionnellement plus de paiements seront exclus de la moyenne que dans une province où la proportion de gains supérieurs au seuil est plus grande.

Une autre méthode qui permet de régler certains problèmes inhérents à un seuil de revenu absolu consisterait à utiliser un seuil proportionnel et à enlever du calcul les médecins dont les paiements cliniques, par exemple, se situent dans le 10 % inférieur du total des paiements. Néanmoins, l'établissement de l'extrémité à 10 % est arbitraire et n'est utilisé ici que pour montrer l'incidence de cette méthode. Cette méthode s'appliquerait équitablement dans toutes les provinces et exclurait la même proportion de médecins partout, sans égard aux niveaux relatifs des paiements au pays ou par spécialité. On peut améliorer davantage la méthode

en éliminant les médecins situés dans le 10 % supérieur, ou ceux qui se situent au-dessus du 90^e percentile. On pourrait ainsi obtenir un paiement moyen par médecin basé sur une cohorte plus caractéristique composée des médecins — les 80 % qui se trouvent dans le milieu — qui fournissent la majorité des services cliniques au pays.

En excluant les paiements versés aux médecins qui sont inférieurs et supérieurs aux déciles les plus bas et les plus élevés, on obtient une fourchette de paiement plus concentrée, laquelle est illustrée dans le diagramme de quartiles (tracé en rectangle et moustaches) de la figure 4. Pour les 5 provinces combinées, les médecins situés dans le 10 % supérieur ont obtenu des paiements de plus de 490 000 \$ (représentés par la ligne ou les « moustaches » du côté droit du diagramme). Par ailleurs, les médecins situés dans le 10 % inférieur ont obtenu des paiements de moins de 41 000 \$ (représentés par les moustaches du côté gauche du diagramme). Ainsi, 4 médecins sur 5 ont reçu des paiements allant de 41 000 à 490 000 \$. La ligne qui sépare les 2 segments à l'intérieur des rectangles correspond à la médiane. La fourchette de paiement dans le diagramme diffère selon la spécialité générale : médecine familiale, spécialités de la médecine, spécialités de la chirurgie et tous les groupes combinés (appelés total pour les médecins). Les spécialités de la chirurgie affichent le plus grand écart entre les paiements supérieurs à 10 % et inférieurs à 90 % et les médecins de famille, le plus petit écart. Les moustaches à la droite du diagramme représentent un petit nombre de médecins dont les paiements sont beaucoup plus élevés comparativement au reste de l'ensemble de données. Elles représentent des circonstances inhabituelles ou exceptionnelles, ou des dispositions de facturations qui ne sont pas celles de la majorité des médecins (p. ex. groupes de médecins qui facturent leurs services sous un seul ou plusieurs numéros de facturation).

Figure 4 : Répartition des paiements cliniques versés aux médecins, par groupe de spécialités générales, en 2010-2011



Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Les résultats de ce tableau se rapprocheraient davantage de la notion de médecin à temps plein puisque la plupart des médecins de la cohorte travaillent probablement à temps plein, mais ils ne correspondent pas à un ETP à proprement parler.

Méthode d'établissement d'un équivalent temps plein

Dans la plupart des cas, il est préférable d'appliquer la méthode d'établissement d'un équivalent temps plein ou méthode ETP. Cette méthode est à privilégier surtout si l'ensemble des médecins qui facturent pendant l'année sont inclus dans la méthodologie et si la contribution de chaque médecin à l'ETP est pondérée selon le niveau d'activité clinique du médecin. La méthodologie de l'ETP de l'ICIS repose sur une démarche selon laquelle on a recours aux paiements cliniques comme indicateur de l'activité pour pondérer le nombre de médecins (annexe A). Depuis longtemps, l'ICIS calcule l'ETP au moyen des paiements de rémunération à l'acte versés aux médecins. Dans l'analyse qui suit, on a appliqué une méthodologie de calcul de l'ETP légèrement modifiée qui repose sur l'ensemble des paiements aux médecins (rémunération à l'acte et autres modes de paiement) (tableau 2). Toutefois, les équations servant à calculer la valeur d'un médecin ETP restent les mêmes. Enfin, la méthode de calcul des points de référence de l'ETP, qui servent directement à établir la valeur d'un médecin ETP, est légèrement modifiée.

Pour calculer la valeur d'un médecin ETP, on doit établir des points de référence qui permettront de déterminer les limites inférieures et supérieures pour un seul ETP. Des points de repère sont définis pour chaque spécialité et conformément à la convention selon laquelle les médecins sont classés par revenu et le 40^e percentile est établi comme point de référence inférieur et le 60^e percentile comme point de référence supérieur. Chaque médecin se situant dans la fourchette de revenu sera défini comme un ETP et ceux qui sont à l'extérieur seront ajustés selon la méthodologie établie.

Pour calculer un ETP global, il est essentiel d'établir de nouveaux points de repère fondés non seulement sur les paiements effectués au titre de la rémunération à l'acte, mais également sur l'ensemble des paiements aux médecins. L'année de données 2010-2011 a servi à calculer des points de repère ETP globaux. Selon la méthodologie initiale de calcul de l'ETP, laquelle repose uniquement sur la rémunération à l'acte, un médecin doit avoir reçu au moins un paiement dans chacun des 4 trimestres de l'année pour être inclus dans le calcul des points de repère. Ce critère d'exclusion permettrait de limiter les médecins inclus dans le calcul des points de repère à ceux qui exercent toute l'année et d'exclure ceux qui pourraient avoir travaillé une partie de l'année, être partis, avoir pris leur retraite ou être nouveaux dans la province. Actuellement, les données sur les autres modes de paiement sont soumises à l'ICIS annuellement; par conséquent, une restriction trimestrielle similaire ne pourrait être appliquée. Sans critère de restriction pour les médecins inclus dans le calcul des points de repère, les médecins dont le total des paiements cliniques est peu élevé risquent d'abaisser les points de repère ETP. Il est nécessaire de procéder à une analyse plus approfondie des méthodes de sélection d'une cohorte appropriée de médecins rémunérés selon d'autres modes de paiement pour l'établissement de points de repère ETP globaux.

Comme le tarif d'honoraires pour un même service varie selon la province ou le territoire, l'ICIS applique également un indice du système sur les tarifs d'honoraires des médecins (STHM) pour normaliser les différences entre les paiements provinciaux à l'échelle nationale. Le STHM actuel repose uniquement sur des données sur la rémunération à l'acte, parce que la méthodologie requiert la pondération de ces taux par les volumes de services pour l'établissement d'un indice normalisé. Dans le cadre du présent rapport, on a tenté de déterminer si les services couverts par les autres modes de paiement dans les 5 provinces avaient une incidence sur le STHM actuel. On a tout d'abord procédé à une analyse de sensibilité d'un indice global (rémunération à l'acte et autres modes de paiement) par rapport à l'indice du STHM déjà établi pour la rémunération à l'acte. Quand une légère différence entre les 2^v était décelée, un indice du STHM pour la rémunération à l'acte a été créé et appliqué seulement aux 5 provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Colombie-Britannique).

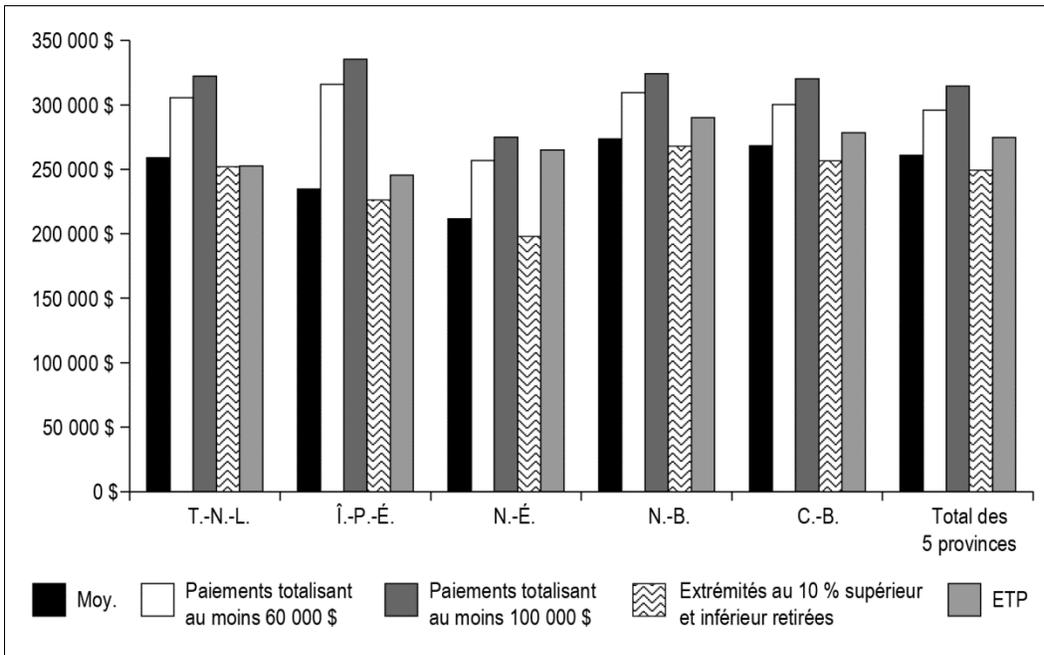
En utilisant l'indice du STHM des 5 provinces, les paiements cliniques globaux de chaque médecin ont été rajustés à un niveau total normalisé pour ces provinces. Pour chaque spécialité, les médecins ont été classés en ordre croissant selon le total des paiements. De plus, les 40^e et 60^e percentiles ont servi à déterminer les points de référence totaux pour les 5 provinces. On a ensuite appliqué l'indice du STHM aux points de référence totaux des 5 provinces afin de les réajuster aux niveaux provinciaux. Selon le calcul détaillé présenté à l'annexe A, les paiements globaux de chaque médecin ont été évalués selon les points de repère inférieurs et supérieurs établis en vue de déterminer les valeurs globales de chaque ETP.

Comparaison des méthodes

La figure 5 donne une comparaison visuelle des 5 différentes méthodes de calcul des paiements moyens globaux par médecin pour les 5 provinces qui soumettent des données détaillées sur les autres modes de paiement. Chaque méthode présente des résultats très différents dans chaque province et d'une province à l'autre.

-
- v. En vue d'adapter le STHM à l'ensemble des paiements et de ne pas se limiter à la rémunération à l'acte, 2 simulations ont été effectuées. La première incluait toutes les données sur l'utilisation disponibles, lesquelles comprenaient les données sur la rémunération à l'acte et sur la facturation *pro forma*. L'autre simulation incluait les données relatives à la rémunération à l'acte seulement. Les 2 simulations devaient permettre de déterminer l'incidence de l'inclusion des données sur la facturation *pro forma* aux données sur la rémunération à l'acte par rapport à l'incidence de l'utilisation des données sur la rémunération à l'acte seulement. La facturation *pro forma* est une demande présentée à un régime d'assurance-maladie pour des services fournis par des médecins payés selon d'autres modes de paiement. Ces demandes s'affichent dans le système de facturation comme étant payées à 0 \$. L'indice du STHM qui en a découlé n'était pas très différent d'une simulation à l'autre. Comme il n'y avait pas de différence réelle dans l'indice du STHM dans les 2 simulations, la méthode actuelle relative aux données sur la rémunération à l'acte a été utilisée dans le présent rapport. L'ICIS continuera d'étudier l'incidence de l'inclusion des données sur la facturation *pro forma* sur le STHM à mesure que des données sur la facturation *pro forma* plus complètes seront accessibles.

Figure 5 : Comparaison des 5 estimations (rémunération à l'acte et autres modes de paiement) des paiements moyens globaux par médecin, pour les 5 provinces, en 2010-2011



Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

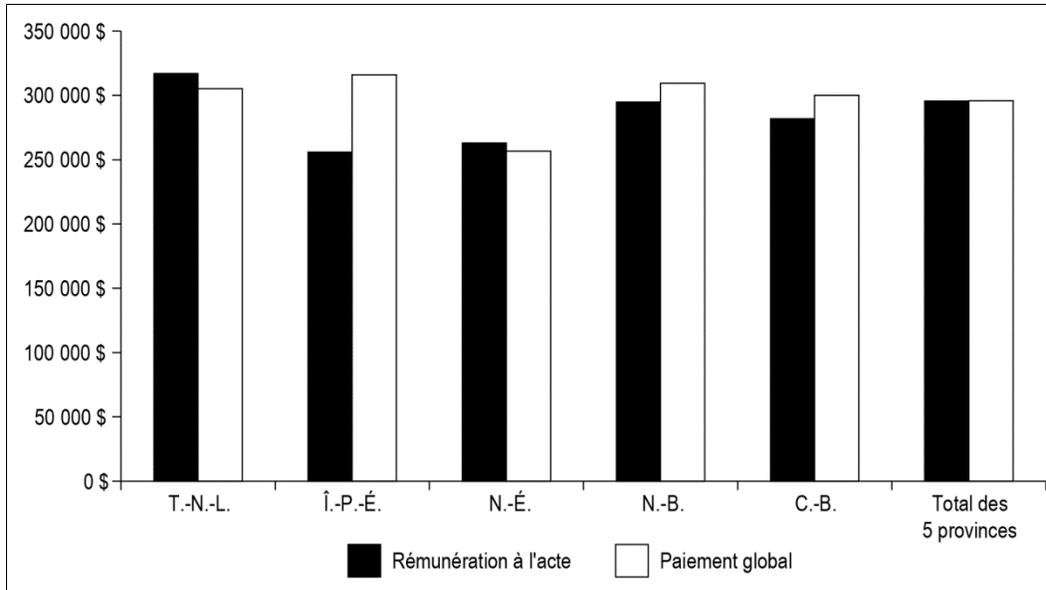
Dans la figure 5, les paiements moyens des 5 provinces combinées varient de 249 000 \$ par médecin (selon la méthode d'exclusion des extrémités du 10 % supérieur et inférieur) à 315 000 \$ (selon la méthode d'exclusion des paiements de moins de 100 000 \$). La moyenne simple, l'ETP et la méthode d'exclusion des paiements de moins de 60 000 \$ ont permis d'obtenir, respectivement, des moyennes de 261 000 \$, de 275 000 \$ et de 296 000 \$ par médecin. Ces résultats sont fondés sur les paiements de tous les médecins combinés, mais les résultats varient considérablement par spécialité. Cette variation est bien mise en évidence par les moyennes pour les 5 provinces combinées dans le tableau 2. Les moyennes pour chaque province sont présentées dans les tableaux provinciaux à l'annexe B.

Comparaison des estimations des paiements globaux (rémunération à l'acte et autres modes de paiement) et des estimations des paiements au titre de la rémunération à l'acte

Depuis longtemps, l'ICIS rend compte de la plupart de ces estimations des paiements moyens pour les 10 provinces sur la base des données sur la rémunération à l'acte uniquement. Cette situation soulève d'autres questions : par exemple, quelle sera l'incidence si on inclut les données détaillées sur les autres modes de paiement des 5 provinces sur les estimations des paiements moyens globaux par médecin plutôt que d'établir des estimations fondées uniquement sur les données sur la rémunération à l'acte?

Il serait naturel de penser que le paiement moyen global estimé sera toujours supérieur au paiement moyen basé uniquement sur les données sur la rémunération à l'acte puisque plus de renseignements sont inclus dans le ratio dans le premier cas. Toutefois, ce n'est pas le cas pour toutes les méthodes de calcul du paiement moyen. Par exemple, dans la figure 6, on compare le paiement moyen par médecin qui a gagné au moins 60 000 \$ dans chacune des 5 provinces sur la base de données globales et sur la base des paiements de rémunération à l'acte seulement. À Terre-Neuve-et-Labrador et en Nouvelle-Écosse, le paiement moyen calculé avec les paiements globaux est inférieur à la moyenne calculée avec les données sur la rémunération à l'acte seulement. L'augmentation du nombre de médecins rémunérés par les autres modes de paiement dans le dénominateur compense le montant de ces paiements dans le numérateur de sorte que le ratio est inférieur à celui calculé uniquement avec les renseignements sur la rémunération à l'acte. Or, l'inverse s'est produit à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique, où la moyenne calculée en fonction des paiements globaux est supérieure à la moyenne calculée en fonction des données sur la rémunération à l'acte. Les différences varient selon les provinces.

Figure 6 : Comparaison du paiement moyen par médecin qui a gagné au moins 60 000 \$, paiements globaux par rapport à la rémunération à l'acte, pour les 5 provinces, en 2010-2011



Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

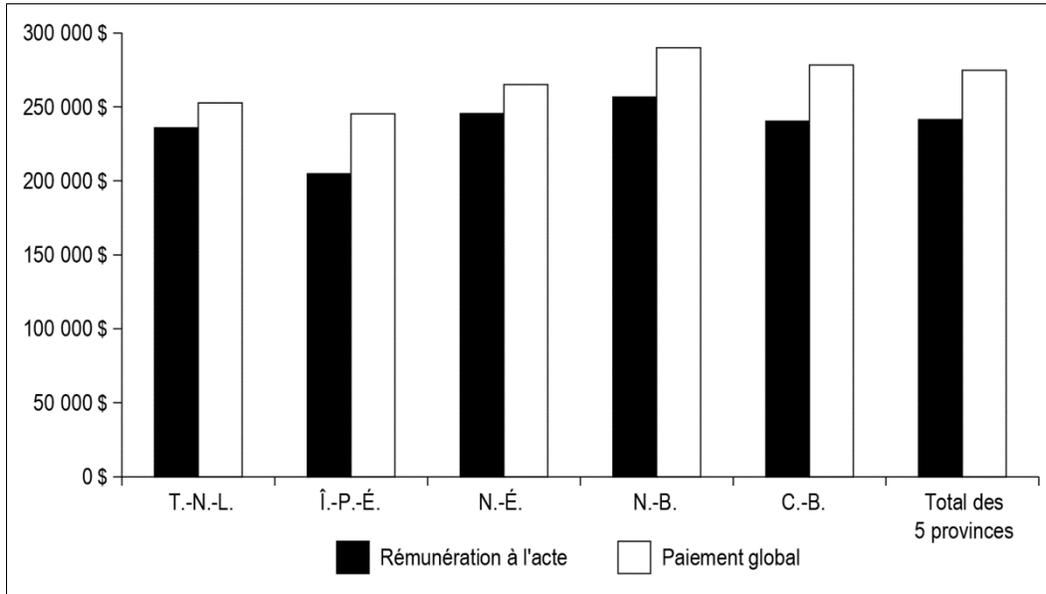
Avec l'exclusion des médecins qui gagnent moins de 60 000 \$ du ratio du paiement moyen (figure 6), les provinces qui comptent une proportion élevée de médecins qui gagnent moins que le seuil auront un plus petit nombre de médecins dans le dénominateur. On pourrait alors obtenir un paiement moyen supérieur à celui des autres provinces qui comptent un moins grand nombre de médecins qui gagnent moins de 60 000 \$. Cela peut expliquer en partie pourquoi l'Île-du-Prince-Édouard affiche le paiement moyen le plus élevé par médecin qui gagne plus de 60 000 \$ parmi les provinces une fois les données sur les autres modes de paiement ajoutées. Selon les données soumises par l'Île-du-Prince-Édouard, plus de 40 % du total des paiements cliniques versés aux médecins dans cette province provient d'ententes sur les autres modes de paiement; la province affiche le deuxième taux en importance au Canada. De plus, l'augmentation importante de la moyenne suggère qu'une proportion relativement plus grande de médecins sont rémunérés au titre de contrats ou reçoivent un salaire ou pourraient avoir travaillé pendant de courtes périodes et gagnent moins de 60 000 \$, par rapport aux autres provinces participant à l'étude. Par opposition, malgré que près de 50 % des médecins de la Nouvelle-Écosse sont rémunérés au titre d'ententes sur les autres modes de paiement (le taux le plus élevé au pays), le ratio du paiement moyen basé sur les données sur les autres modes de paiement et sur celles sur la rémunération à l'acte est légèrement inférieur à celui basé uniquement sur les données sur la rémunération à l'acte. Ces résultats semblent indiquer qu'il pourrait y avoir une proportion plus élevée de médecins rémunérés à l'acte qui gagnent moins de 60 000 \$ que de médecins qui sont payés dans le cadre d'ententes sur les autres modes de paiement.

Il est également intéressant de noter — bien que ce ne soit pas étonnant — que les 2 provinces qui ont affiché un paiement moyen global inférieur au paiement moyen fondé sur la rémunération à l'acte seulement ont également la proportion la plus grande de médecins payés uniquement par d'autres modes de paiement. À Terre-Neuve-et-Labrador, 19,7 % des médecins gagnant plus de 60 000 \$ étaient payés uniquement par d'autres modes de paiement et, en Nouvelle-Écosse, 35,1 %. Cette proportion était de 8,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard, de 5,2 % au Nouveau-Brunswick et de 4,3 % en Colombie-Britannique.

Les résultats dans la figure 6 confirment l'importance d'intégrer les données sur les autres modes de paiement aux calculs du paiement moyen par médecin, parce que leur inclusion modifie manifestement la moyenne dans chaque province et permet d'établir avec plus de certitude une moyenne qui est globale et qui n'est pas fondée sur des données partielles. Toutefois, l'effet compensatoire de la moyenne de chaque province après l'ajout des données sur les autres modes de paiement produit un paiement moyen global pour les 5 provinces combinées qui est pratiquement le même que le paiement moyen calculé uniquement avec les données sur la rémunération à l'acte. Ces résultats peuvent sembler contraires à la logique et confirment les préoccupations selon lesquelles l'utilisation d'un simple nombre de médecins dans le dénominateur pour calculer le paiement moyen des médecins comporte certaines déficiences, surtout lorsque des données suffisamment détaillées sont accessibles — du moins pour ces 5 provinces — pour le calcul d'un paiement moyen par médecin ETP.

La figure 7 est similaire à la figure 6, mais on y compare le paiement moyen par médecin ETP pour chaque province en fonction uniquement des données sur la rémunération à l'acte et un médecin ETP global basé sur les données sur la rémunération à l'acte et sur les données sur les autres modes de paiement pour chaque médecin. La méthode d'établissement de l'ETP comprend tous les médecins qui ont facturé des services au cours de l'année sans égard au montant des paiements et permet de tenir compte du niveau d'activité; elle est la seule méthode de calcul du paiement moyen qui le permet. Dans chacune des 5 provinces, et pour les 5 provinces combinées, la moyenne calculée avec l'ETP global a produit un ratio supérieur à celle calculée uniquement avec les données sur la rémunération à l'acte.

Figure 7 : Comparaison du paiement moyen par médecin ETP, paiements globaux par rapport à la rémunération à l'acte, pour 5 provinces, en 2010-2011



Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Le classement des paiements moyens par médecin a peu d'importance en tant que tel, car de nombreux facteurs influencent les montants relatifs payés pour les services de médecin dans chacune des provinces et chacun des territoires. Néanmoins, le tableau 3 montre la variation dans le classement provincial; il permet de constater que la position relative de chaque province dans le groupe varie différemment selon la méthode de calcul du paiement moyen utilisée.

De plus, le changement dans le classement relatif des provinces en ordre décroissant des paiements est plus important à l'Île-du-Prince-Édouard; cette province affichait le paiement moyen global le plus élevé par médecin gagnant moins de 60 000 \$ et moins de 100 000 \$, mais la moyenne la plus faible par médecin ETP.

Tableau 3 : Classements des paiements moyens par médecin, par méthode, pour 5 provinces, en 2010-2011

Province	Moyenne du montant total payé par médecin participant				
	Moy.	Paiements totalisant au moins 60 000 \$	Paiements totalisant au moins 100 000 \$	Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées	Équivalent temps plein
T.-N.-L.	3	3	3	3	4
Î.-P.-É.	4	1	1	4	5
N.-É.	5	5	5	5	3
N.-B.	1	2	2	1	1
C.-B.	2	4	4	2	2

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

On devra effectuer d'autres analyses pour mieux comprendre la dynamique sous-jacente aux résultats de chaque méthode. De plus, un aspect important de la méthodologie de calcul de l'ETP est l'établissement des points de référence servant à déterminer l'équivalent temps plein. Dans cette étude, ces points de référence ne sont fondés que sur un échantillon de 5 provinces, ce qui les rend moins stables qu'ils ne le seraient si un plus grand nombre de provinces et des provinces plus grandes soumettent des données sur les paiements globaux et l'utilisation dans l'avenir. L'ICIS continuera de collaborer avec les provinces et les territoires afin d'obtenir des renseignements lui permettant de faire progresser cette analyse.

Conclusion

Les décideurs du système de santé canadien n'ont pas accès à des renseignements sur les paiements et les services des médecins qui soient détaillés, exhaustifs et comparables entre les provinces depuis la fin des années 1990. À ce moment, pratiquement tous les médecins au Canada étaient presque uniquement rémunérés à l'acte. La présente étude montre aux planificateurs des ressources des médecins et aux décideurs qu'ils pourraient avoir à nouveau accès à des indicateurs exhaustifs et comparables sur les médecins.

Les paiements moyens des médecins constituent une mesure importante et utile qui permet de comprendre comment et où les paiements et les services sont alloués au Canada. Comme la proportion représentée par la rémunération à l'acte a diminué par rapport au total des paiements, il est de plus en plus important de créer et de recueillir des données détaillées sur les autres modes de paiement et de les intégrer aux indicateurs qui, jusqu'à maintenant, n'étaient fondés que sur les données sur la rémunération à l'acte. Dans le cadre de la présente étude, on a intégré les données détaillées sur les autres modes de paiement des 5 provinces à leurs données sur la rémunération à l'acte en vue d'établir, pour la première fois, une série d'indicateurs qui comprend également une mesure globale de l'ETP basée sur les paiements pour les médecins par spécialité.

Bien qu'il soit nécessaire de saisir d'autres subtilités, il est clair d'après l'analyse des données de ces 5 provinces que la seule façon de recueillir des renseignements exhaustifs et comparables

sur les médecins est d'obtenir des données sur les autres modes de paiement de toutes les provinces. L'ICIS continuera de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'encourager l'utilisation de ces nouveaux renseignements et d'en améliorer continuellement la qualité pour qu'il puisse rendre compte d'un plus grand nombre de données comparables sur les activités des médecins dans l'avenir.

Annexe A : Méthode de calcul d'un médecin ETP de l'ICIS

Rétrospective

Au Canada, le nombre de médecins a toujours été établi en fonction du nombre de médecins disponibles. Les données recueillies ont souvent servi à établir des rapports entre le nombre de médecins et le nombre d'habitants ainsi qu'à éclairer la planification et à évaluer les décisions stratégiques. Le nombre de médecins a toujours été considéré comme un indicateur économique important en matière de santé en raison du rôle de gardien de l'accès que jouent les médecins dans le système de prestation des services de santé. En connaissant le nombre de médecins, les gens peuvent mieux comprendre l'augmentation des coûts des services de santé, déterminer combien de médecins sont nécessaires et suivre les tendances en matière de rémunération des médecins.

Cependant, en utilisant simplement le nombre de médecins, on suppose que tous les médecins ont la même capacité à offrir des soins aux patients. Cette hypothèse n'est manifestement pas plausible puisque nombre de médecins travaillent à temps partiel, certains sont semi-retraités et d'autres médecins autorisés n'offrent que peu ou pas de services cliniques. En vue d'établir un nombre de médecins plus significatif, on a adopté une méthode visant à compter les médecins à temps plein et les médecins équivalents à temps plein (ETP).

Une des méthodes qui servaient à déterminer le nombre de médecins à temps plein consistait à utiliser des seuils de revenus^{vi}. Un montant en dollars était établi et les médecins affichant un revenu égal ou supérieur correspondaient à 1 médecin à temps plein. Les médecins dont la facturation globale était inférieure à ce montant étaient exclus. Ce système était déficient puisque, selon le seuil choisi, les statistiques établies pouvaient indiquer aussi bien une grave pénurie de ressources qu'un surplus de médecins dans toutes les spécialités. On a par la suite amélioré la méthode en comptant les médecins à temps partiel comme une fraction d'un médecin ETP.

vi. Notons que le terme revenu utilisé dans le présent rapport correspond uniquement aux paiements cliniques bruts versés aux médecins.

Outre les problèmes attribuables au choix arbitraire du seuil de revenu, cette méthode présentait d'autres contraintes. Les statistiques ne se prêtaient pas à une analyse de séries chronologiques, car le sous-ensemble de revenus supérieurs au point de référence varie au fil du temps avec l'augmentation des tarifs d'honoraires. L'exactitude des comparaisons nationales était également sujette à caution, parce que les provinces et les territoires pourraient ne pas verser les mêmes montants pour les mêmes services.

Dans le but d'améliorer les comparaisons entre les provinces et territoires ainsi qu'entre les spécialités ou de pouvoir procéder à des analyses de séries chronologiques, une nouvelle approche a été établie selon laquelle un médecin à temps plein est un médecin dont la facturation correspond à 70 % des revenus les plus élevés de l'ensemble des médecins. Les seuils exprimés en percentiles sont plus efficaces que les valeurs en dollars, parce qu'ils se corrigent par défaut en fonction des changements au fil du temps, y compris des hausses des tarifs et des changements d'utilisation ou du volume des services par médecin. Les comparaisons entre provinces et territoires sont ainsi améliorées; or, comme les honoraires varient, rien ne garantit que le point de référence temps plein équivaille à la même intensité de travail dans toutes les provinces et tous les territoires. Les méthodes d'établissement d'un ETP basées sur les revenus moyens ou médians constituent des variantes de cette méthodologie.

Élaboration d'une mesure améliorée de l'équivalent temps plein

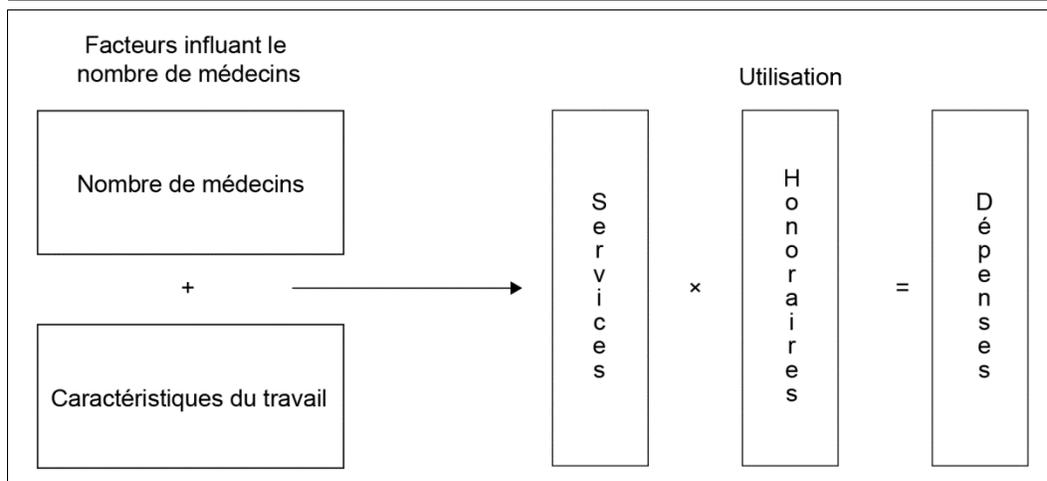
Un groupe de travail national a entrepris l'élaboration d'une mesure de l'ETP en 1984. Il avait pour objectif :

- d'offrir une base homogène permettant d'établir des comparaisons du nombre de médecins entre les provinces et les territoires et à l'intérieur de ceux-ci;
- d'offrir une base homogène permettant de mesurer les changements intervenus au fil du temps dans le nombre de médecins;
- de tenir compte des différences dans la charge de travail entre les diverses spécialités.

Modèle conceptuel

Toutes les mesures de l'ETP sont, jusqu'à un certain point, arbitraires parce que les techniques statistiques ne permettent pas d'obtenir une mesure « idéale ». Le groupe de travail a donc déterminé la mesure en fonction des objectifs et de l'accessibilité des données. La mesure s'appuyait sur le modèle conceptuel suivant :

Figure A1 : Modèle conceptuel du nombre de médecins, de l'utilisation et des dépenses



Dans un contexte économique, on considère que le nombre de médecins et d'heures de travail sont des éléments de mesure des effectifs. Les services dispensés par les médecins constituent l'élément de mesure le plus fondamental de l'utilisation, tandis que les dépenses sont le produit des services et des honoraires. La figure A1 illustre la relation entre ces 3 variables. Les choix réalistes permettant d'établir l'équivalence à temps plein étaient les heures de travail, les services fournis et les paiements.

Une étude interne a permis de déterminer que le revenu horaire des médecins rémunérés à l'acte variait beaucoup après normalisation en fonction de la spécialité. Par conséquent, une mesure de l'ETP fondée sur les heures de travail ne permet pas d'évaluer avec précision le rendement possible (sur le plan des services cliniques) des médecins. Étant donné que les mesures de l'ETP sont utilisées le plus souvent dans un contexte où le rendement ou les dépenses occupent une place importante, une mesure du rendement serait préférable à celle des heures de travail, qui est essentiellement une mesure de l'intrant.

Les services correspondent à une mesure du rendement, mais ils ne sont pas pondérés en fonction de l'intensité ou de la valeur. Les dépenses constituent par contre un élément de mesure des services pondérés par les honoraires (les services les plus difficiles sont les mieux rémunérés). On a donc conclu que les paiements versés aux médecins constituaient la mesure du rendement la plus pertinente pour le calcul de l'équivalence à temps plein.

Justification

Dans le modèle adopté, le revenu brut par médecin sert à mesurer le rendement ou la charge de travail. Comme le rendement peut varier beaucoup chez les médecins d'une même spécialité, il n'a pas semblé approprié de ne retenir qu'un seul seuil pour mesurer l'équivalence à temps plein. Le groupe de travail a donc décidé d'utiliser une gamme de niveaux de rendement qui serait réaliste dans le cas d'un médecin à temps plein type. Il fallait que cette gamme puisse être définie sur le plan statistique. On a donc décidé d'utiliser les 40^e et 60^e percentiles de la grille de paiements, ajustée et définie à l'échelle nationale, comme points de référence de l'équivalence à temps plein.

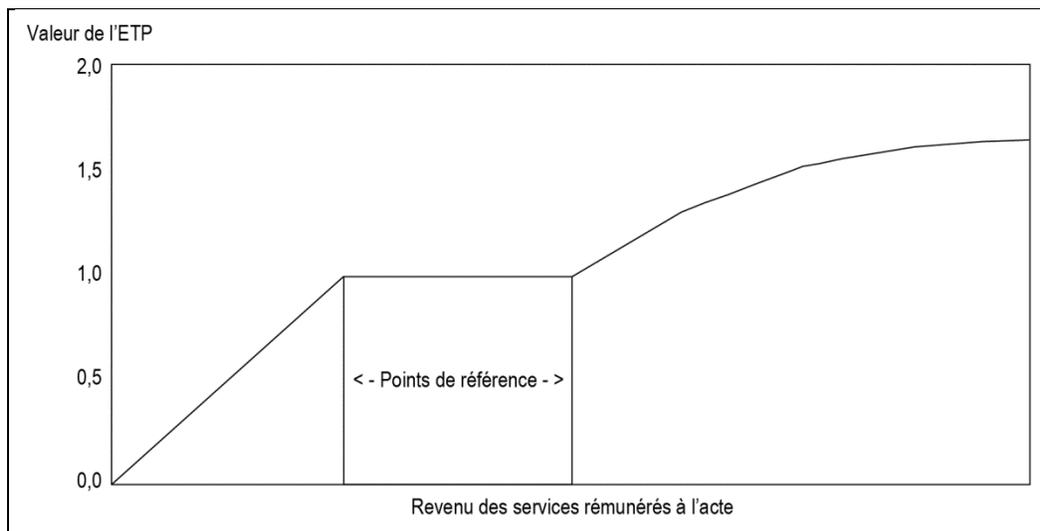
Des simulations fondées sur d'autres percentiles ont indiqué que le nombre d'ETP était relativement peu influencé par les autres points de référence, pourvu que ces derniers soient symétriques (p. ex. entre les 30^e et 70^e percentiles, le nombre était à peu près le même qu'entre les 40^e et 60^e percentiles).

Exhaustivité

La méthodologie ETP actuelle de l'ICIS vise à présenter un nombre pondéré de tous les médecins qui fournissent des soins rémunérés à l'acte couverts par un régime d'assurance-maladie. Un médecin ayant touché moins que le seuil de référence est calculé comme une fraction d'un ETP; un médecin ayant touché des honoraires qui se situent entre les points de référence comme un ETP; et un médecin ayant touché des honoraires plus élevés que le plafond de référence comme plus d'un ETP. Dans ce dernier cas, on a voulu tenir compte du fait que de nombreux médecins ont une lourde charge de travail et que la mesure de l'ETP devrait refléter cette réalité.

Parallèlement, on s'est servi d'un algorithme intégrant des logarithmes afin d'éviter que les médecins à revenus élevés présentent un ETP très élevé (p. ex. un médecin dont le revenu est 3 fois plus élevé que le plafond de référence affiche un ETP de 2,1, tandis qu'un médecin dont le revenu est 4 fois plus élevé que le plafond de référence présente un ETP de 2,4). La figure A2 illustre la relation qui existe entre le revenu et les ETP.

Figure A2 : Relation entre le revenu et les valeurs ETP



Uniformité

Afin d'assurer l'uniformité entre les provinces et au fil du temps, il a fallu éliminer les répercussions des différents niveaux d'honoraires sur le revenu des médecins. La méthode adoptée permet d'uniformiser les paiements versés à chaque médecin en normalisant les différences d'honoraires entre les provinces; on peut ainsi établir des montants repères nationaux pour une année de référence. Les montants repères nationaux sont ensuite convertis en valeurs provinciales. Chaque année, les montants repères provinciaux sont indexés selon les augmentations ou les diminutions d'honoraires dans chaque spécialité.

La valeur des montants repères et le nombre de médecins ETP varient en fonction de l'année de référence utilisée pour l'analyse. Les rapports sur les médecins pour les données de 1989-1990 à 1995-1996 ont utilisé les montants repères des ETP calculés à partir des données de l'année de référence 1985-1986. Les rapports pour les années de données de 1996-1997 à 2001-2002 ont utilisé les montants repères calculés à partir des données de la BDNM pour l'année de référence 1995-1996. En 2004, l'ICIS a procédé à une révision détaillée des méthodologies actuelles en matière d'ETP dans le cadre d'un projet de reconfiguration du système de la BDNM. À partir de l'année de données 2002-2003, les rapports sur les médecins ETP sont produits en fonction des données de l'année de référence 2000-2001. Pour obtenir plus d'information à propos des changements de l'année de référence et de l'incidence potentielle sur les résultats des ETP, veuillez consulter l'annexe A du *Rapport des médecins équivalents à temps plein, Canada, 2002-2003*.

Calcul détaillé

Les valeurs ETP sont calculées comme suit :

$$ETP_i = \begin{cases} \text{Paiements totaux}_i / \text{seuil de référence}_j & \text{Si le médecin } i \text{ gagne moins que le} \\ & \text{seuil de référence } j \\ 1 & \text{Si le médecin } i \text{ gagne un montant égal} \\ & \text{ou dans les limites du montant repère} \\ 1 + \ln(\text{paiements totaux}_i / \text{plafond} & \text{Si le médecin } i \text{ gagne plus que le} \\ & \text{de référence}_j) \text{ de référence } j \end{cases}$$

Où

- l' ETP_i est la valeur d'ETP attribuée au médecin i ;
- les paiements totaux $_i$ correspondent à la somme de tous les paiements versés au médecin i ;
- le seuil de référence $_j$ est la valeur inférieure définie pour la catégorie de spécialités médicales du médecin i dans sa province ou son territoire d'exercice;
- le plafond de référence $_j$ est la valeur supérieure définie pour la catégorie de spécialités médicales dans la province ou le territoire d'exercice du médecin i .

1. Choisir une année de référence pour l'estimation

- Depuis l'année de données 2002-2003, les rapports sur les ETP sont produits en fonction des données de l'année de référence 2000-2001.

2. Créer une base de données nationale sur l'ETP en fonction de l'année de référence

- Choisir dans la BDNM tous les enregistrements de médecins qui ont reçu au moins un paiement pour des services rémunérés à l'acte au cours de chacun des trimestres de l'année de référence, d'une seule province, d'un seul territoire ou de plusieurs.
- Pour éliminer les disparités interprovinciales des paiements, appliquer au revenu brut de chaque médecin l'indice applicable du STHM.

- Créer un fichier à l'échelle nationale pour chaque spécialité médicale correspondant aux catégories de spécialités médicales présentées dans les rapports de l'ICIS. Une seule spécialité est attribuée à l'échelle nationale aux médecins, soit celle dont ils ont retiré la plupart de leurs revenus. Les fichiers de données nationales sur les spécialités médicales contiennent le total des paiements de chaque médecin pour l'année de référence.

Remarque : Aucune statistique n'est établie sur l'ETP des médecins appartenant aux spécialités de l'anesthésie, de la radiologie ou de la médecine de laboratoire.

3. Calculer le seuil et le plafond de référence pour l'année de référence

- Pour chaque spécialité, classer les paiements et répartir les médecins en fonction des niveaux de paiement.
- Établir le montant figurant au 40^e percentile comme étant le seuil de référence national et celui qui figure au 60^e percentile comme étant le plafond de référence national.
- Pour calculer le seuil et le plafond de référence provincial, appliquer l'indice du STHM aux points de repère nationaux.

4. Calculer les points de référence pour des années autres que l'année de référence

- Indexer les points de référence provinciaux pour chaque spécialité en fonction des pourcentages de hausse ou de baisse annuelle des tarifs d'honoraires propres à chaque spécialité.

5. Créer une base de données des ETP pour l'estimation

- Choisir dans la BDNM tous les enregistrements de médecins qui ont reçu au moins un paiement au cours d'un exercice financier pour des services rémunérés à l'acte rendus dans leur province ou territoire d'exercice à des patients habitant dans cette province ou ce territoire.
- Pour chaque province ou territoire et chaque spécialité médicale, créer un fichier qui englobe le montant total facturé par chaque médecin au cours de l'exercice financier.

6. Calculer les statistiques relatives aux ETP

- Compter comme un ETP les médecins dont les paiements se situent entre les points de référence ou qui sont égaux à ceux-ci.
- Compter les médecins recevant des paiements inférieurs au seuil de référence comme une fraction d'ETP égale au ratio entre leurs paiements et le seuil.
- Compter les médecins dont les paiements sont supérieurs au plafond de référence au moyen d'une relation log-linéaire, c'est-à-dire calculer un ETP plus le logarithme népérien du ratio entre leurs paiements et le plafond de référence.

Annexe B : Paiements cliniques par médecin pour les 5 provinces

Tableau B1 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, pour 5 provinces* combinées, en 2010-2011

	Nbre	Montant payé par quintile				Montant total payé		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		20	40	60	80	Médiane	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Médecine familiale	8 699	87 345	171 606	241 987	327 129	206 256	217 612	7 442	250 171	6 694	269 068	6 782	208 635	8 151,17	232 254
Spécialités de la médecine	4 476	133 603	214 236	296 392	404 064	255 969	279 088	4 017	308 405	3 795	321 790	3 481	264 028	3 595,45	282 599
Médecine interne	1 565	140 435	235 966	323 929	505 734	292 315	325 704	1 382	365 853	1 320	379 258	1 217	297 290	1 568,47	324 895
Neurologie	172	121 175	185 487	285 494	409 915	230 562	261 377	154	288 434	145	301 911	136	248 386	170,85	263 047
Psychiatrie	1 096	123 578	196 911	247 551	320 251	219 339	228 897	1 001	247 972	925	261 847	865	219 613	1 049,75	238 982
Pédiatrie	639	121 171	173 936	267 403	351 201	227 848	238 931	555	272 839	530	281 909	486	227 634	620,31	246 304
Dermatologie	103	199 990	302 640	440 612	544 009	369 578	383 301	96	409 383	90	431 298	79	365 266	103,58	381 155
Physiatrie	86	116 011	174 385	254 639	299 556	192 056	214 022	77	236 850	72	247 896	68	203 656	82,49	223 129
Anesthésie	815	163 502	262 407	324 336	409 105	292 760	285 990	752	308 045	713	320 491	630	286 032	†	†
Spécialités de la chirurgie	2 178	150 223	322 256	431 251	570 558	376 713	396 169	1 919	446 655	1 819	466 761	1 683	383 859	1 985,33	434 593
Chirurgie générale	443	102 734	291 761	414 812	538 072	356 051	348 644	376	407 113	357	424 456	339	343 632	387,63	398 160
Chirurgie thoracique/ cardiovasculaire	118	315 354	438 850	503 121	632 853	473 480	461 273	110	492 540	106	508 200	93	461 760	111,11	490 933
Urologie	144	243 914	401 387	494 840	639 912	437 921	451 807	135	479 870	128	501 622	111	440 738	138,08	471 178
Chirurgie orthopédique	345	124 663	288 863	393 857	483 330	350 223	326 955	305	367 352	284	388 762	265	329 771	307,93	366 225
Chirurgie plastique	125	89 306	270 786	367 860	483 971	340 526	312 268	105	368 579	97	391 901	100	303 282	109,05	357 941
Neurochirurgie	64	295 561	349 527	500 056	645 324	409 544	452 444	59	488 423	58	495 201	49	438 021	60,97	474 888

(suite à la page suivante)

Tableau B1 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, pour 5 provinces* combinées, en 2010-2011 (suite)

	Nbre	Montant payé par quintile				Montant total payé		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		20	40	60	80	Médiane	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Ophtalmologie	318	178 260	476 423	668 704	950 472	570 030	623 936	284	696 096	272	723 200	250	570 675	302,92	654 997
Oto-rhino-laryngologie	159	220 195	359 571	452 126	555 458	403 208	406 039	148	434 426	141	452 049	126	390 307	149,06	432 969
Obstétrique et gynécologie	462	131 486	259 615	359 484	470 405	313 549	314 187	397	361 581	376	377 225	350	304 714	418,58	346 778
Total pour les spécialités	6 654	137 030	236 051	330 731	467 966	285 307	317 411	5 936	353 098	5 614	368 762	5 164	303 082	5 580,78	336 670
Total pour les médecins	15 353	100 629	194 771	276 103	381 716	235 094	260 865	13 378	295 841	12 308	314 541	11 946	249 462	13 731,95	274 690

Remarques

* Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Colombie-Britannique

† Les spécialistes en anesthésie ont été exclus des calculs des ETP.

Fondé sur les paiements bruts, sans rajustement pour les dépenses en frais généraux.

Les spécialistes en radiologie et de laboratoire ne sont pas inclus.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B2 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, à Terre-Neuve-et-Labrador, en 2010-2011

	Nbre	Montant payé par quintile				Montant total payé		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		20	40	60	80	Médiane	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Médecine familiale	707	78 063	177 444	234 554	319 153	211 632	202 453	587	251 520	540	266 474	567	203 355	687,52	217 628
Spécialités médicales	387	99 427	248 027	319 475	443 775	292 815	281 450	329	340 927	309	357 984	317	283 048	350,84	258 996
Médecine interne	128	77 590	283 601	350 528	528 177	341 237	314 883	107	404 138	101	423 665	104	325 086	156,53	279 041
Neurologie	17	62 644	198 407	261 051	317 752	236 870	240 974	15	266 095	13	297 561	15	228 756	15,49	259 960
Psychiatrie	79	137 479	228 168	268 785	330 330	241 991	249 694	72	263 093	68	274 109	65	239 575	90,58	211 054
Pédiatrie	82	31 563	176 805	262 759	335 296	213 427	220 703	62	276 697	57	293 363	68	199 610	72,67	240 829
Dermatologie	10	428 399	542 846	664 213	808 153	654 273	601 437	10	654 273	10	654 273	8	610 903	15,57	420 214
Physiatrie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Anesthésie	71	124 127	306 130	367 873	465 904	316 244	350 012	63	353 809	60	367 580	57	323 734	†	†
Spécialités de la chirurgie	183	109 905	322 256	432 118	550 636	370 764	357 720	155	434 092	148	451 017	155	367 221	182,08	372 637
Chirurgie générale	57	21 373	181 270	306 996	455 507	270 651	253 719	42	361 815	40	376 278	47	253 514	46,86	329 217
Chirurgie thoracique/ cardiovasculaire	7	451 645	520 054	632 853	658 711	578 568	615 812	6	666 783	6	666 783	7	578 568	8,89	455 565
Urologie	9	419 610	486 936	534 140	601 077	502 848	494 840	9	502 848	9	502 848	9	502 848	9,47	477 891
Chirurgie orthopédique	23	282 686	407 136	483 761	523 377	433 356	417 471	22	452 631	22	452 631	19	427 096	25,74	387 225
Chirurgie plastique	5	393 680	462 548	527 478	607 445	496 556	480 528	5	496 556	5	496 556	5	496 556	7,89	314 674
Neurochirurgie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Ophtalmologie	21	81 420	437 266	556 547	779 590	498 246	501 635	18	575 230	16	637 179	17	488 514	16,03	652 724
Oto-rhino-laryngologie	15	283 849	435 876	521 698	749 490	481 302	474 258	14	513 715	14	513 715	13	490 637	17,52	412 074
Obstétrique et gynécologie	46	83 906	273 329	337 005	465 048	298 140	322 479	39	348 074	36	370 711	38	293 366	49,68	276 056
Total pour les spécialités	570	101 543	258 925	343 107	486 770	317 841	300 256	484	370 763	457	388 113	472	310 690	532,92	297 823
Total pour les médecins	1 277	85 444	198 638	282 686	391 248	259 039	242 100	1 071	305 408	997	322 230	1 039	252 115	1 220,44	252 646

Remarques

* Les données ont été supprimées lorsque le nombre de médecins se situait entre 1 et 4. Les données ne figurent pas dans les totaux des colonnes.

† Les spécialistes en anesthésie ont été exclus des calculs des ETP.

Fondé sur les paiements bruts, sans rajustement pour les dépenses en frais généraux.

Les spécialistes en radiologie et de laboratoire ne sont pas inclus.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B3 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, à l'Île-du-Prince-Édouard, en 2010-2011

	Nbre	Montant payé par quintile				Montant total payé		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		20	40	60	80	Médiane	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Médecine familiale	181	27 231	151 787	257 289	324 215	204 473	210 775	131	274 887	117	298 768	145	189 453	170,56	216 989
Spécialités de la médecine	78	10 064	269 893	338 687	414 605	264 688	304 191	56	365 829	55	371 142	66	256 968	70,26	239 153
Médecine interne	30	6 092	218 033	412 923	503 795	289 633	371 246	19	452 684	19	452 684	24	277 383	30,22	287 525
Neurologie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Psychiatrie	17	188 191	277 474	307 618	350 384	299 897	299 807	17	299 897	16	314 042	15	290 089	22,22	229 444
Pédiatrie	16	6 414	11 762	276 330	341 195	188 476	256 316	9	330 157	9	330 157	14	181 794	17,82	169 226
Dermatologie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Physiatrie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Anesthésie	15	13 161	294 613	336 370	390 672	256 186	324 415	11	346 885	11	346 885	13	262 019	†	†
Spécialités de la chirurgie	49	24 942	175 754	410 232	482 899	299 163	349 862	27	411 352	26	424 789	45	298 993	38,31	382 641
Chirurgie générale	18	7 678	102 561	176 960	444 749	218 190	128 958	12	318 290	11	341 589	16	204 076	10,40	377 637
Chirurgie thoracique/ cardiovasculaire	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Urologie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Chirurgie orthopédique	9	7 767	26 469	349 862	522 730	224 517	36 501	*	*	*	*	9	224 517	5,52	366 060
Chirurgie plastique	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Neurochirurgie	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Ophtalmologie	6	346 851	366 015	513 113	720 107	578 265	439 564	6	578 265	6	578 265	6	578 265	4,84	716 858
Oto-rhino-laryngologie	5	12 962	206 924	395 342	480 319	275 094	388 906	*	*	*	*	5	275 094	3,36	409 366
Obstétrique et gynécologie	11	175 754	439 706	449 941	456 444	351 440	449 373	9	424 160	9	424 160	9	369 304	14,19	272 434
Total pour les spécialités	127	10 402	228 091	349 862	449 941	277 989	324 258	83	380 638	81	388 362	111	274 005	108,57	289 784
Total pour les médecins	308	21 165	173 047	286 906	384 712	234 787	237 752	214	315 902	198	335 420	256	226 114	279,13	245 303

Remarques

* Les données ont été supprimées lorsque le nombre de médecins se situait entre 1 et 4. Les données ne figurent pas dans les totaux des colonnes.

† Les spécialistes en anesthésie ont été exclus des calculs des ETP.

Fondé sur les paiements bruts, sans rajustement pour les dépenses en frais généraux.

Les spécialistes en radiologie et de laboratoire ne sont pas inclus.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B4 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, en Nouvelle-Écosse, en 2010-2011

		Montant payé par quintile				Montant total payé		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		20	40	60	80	Médiane	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Médecine familiale	1 437	41 949	114 869	198 653	286 719	174 500	157 769	1 067	225 563	911	250 722	1 152	162 151	1 066,54	235 113
Spécialités de la médecine	902	151 317	171 904	214 149	288 661	217 933	191 285	797	243 921	775	248 709	744	202 253	625,43	245 149
Médecine interne	304	153 248	173 689	209 217	300 856	225 324	186 986	261	258 736	257	261 613	244	206 500	238,68	286 988
Neurologie	31	152 551	167 712	182 682	224 113	232 634	169 247	28	253 467	27	260 208	25	198 214	31,33	230 183
Psychiatrie	191	165 333	200 402	218 919	251 411	211 487	212 553	175	228 065	168	234 552	153	204 595	181,93	222 031
Pédiatrie	168	68 854	150 586	162 285	208 109	163 074	152 730	135	200 578	134	201 561	152	136 702	144,41	189 713
Dermatologie	18	201 078	434 941	468 821	535 869	395 398	452 262	18	395 398	17	413 985	16	398 921	13,89	512 394
Physiatrie	14	153 252	174 385	186 344	289 934	193 277	174 529	13	205 811	12	217 764	12	193 898	15,19	178 135
Anesthésie	176	153 446	200 725	270 379	316 482	245 749	236 972	167	257 461	160	265 155	142	241 856	†	†
Spécialités de la chirurgie	394	87 673	274 279	377 637	484 402	332 071	324 806	337	385 539	310	411 654	329	314 600	326,47	400 760
Chirurgie générale	84	87 045	252 229	349 106	435 613	292 978	289 488	71	342 663	64	371 120	68	280 280	66,51	370 022
Chirurgie thoracique/ cardiovasculaire	22	268 180	329 359	438 850	486 616	372 567	391 760	20	407 521	20	407 521	18	379 070	18,72	437 846
Urologie	20	255 320	421 926	490 242	736 666	492 382	443 388	20	492 382	20	492 382	16	480 677	21,24	463 637
Chirurgie orthopédique	49	87 045	325 183	419 337	468 209	319 642	370 725	44	353 392	39	387 539	41	322 227	48,04	326 030
Chirurgie plastique	16	87 045	260 464	393 202	484 076	305 505	332 423	13	374 008	12	397 922	14	298 093	13,60	359 417
Neurochirurgie	17	295 561	295 561	332 615	348 762	312 976	311 293	17	312 976	17	312 976	15	317 489	15,09	352 591
Ophtalmologie	67	91 948	276 083	541 506	731 455	445 875	380 971	58	512 472	52	561 774	55	403 632	49,38	604 974
Oto-rhino-laryngologie	34	153 064	300 328	448 319	553 351	364 311	387 954	31	398 100	28	431 431	28	364 913	27,53	449 930
Obstétrique et gynécologie	85	21 458	181 773	298 913	381 501	235 887	236 343	63	314 336	58	333 810	74	207 648	66,36	302 145
Total pour les spécialités	1 296	145 894	181 597	249 343	371 747	252 632	210 390	1 134	286 007	1 085	295 265	1 073	236 700	951,90	298 518
Total pour les médecins	2 733	63 031	158 143	221 298	319 570	211 551	186 986	2 201	256 705	1 996	274 935	2 225	198 102	2 018,44	265 015

Remarques

† Les spécialistes en anesthésie ont été exclus des calculs des ETP.

Fondé sur les paiements bruts, sans rajustement pour les dépenses en frais généraux.

Les spécialistes en radiologie et de laboratoire ne sont pas inclus.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B5 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, au Nouveau-Brunswick, en 2010-2011

	Nbre	Montant payé par quintile				Montant total payé		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		20	40	60	80	Médiane	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Médecine familiale	836	131 250	206 693	268 030	342 054	246 072	233 958	757	269 273	707	282 732	670	237 951	821,47	250 425
Spécialités de la médecine	463	105 975	248 917	302 304	378 785	276 505	277 453	398	318 594	376	332 294	377	271 427	362,17	290 521
Médecine interne	165	138 832	275 087	370 732	512 073	330 215	323 895	144	375 631	137	390 474	133	321 009	165,89	328 444
Neurologie	16	170 671	290 368	323 924	375 921	288 528	296 530	15	307 728	14	323 538	14	291 700	22,01	209 743
Psychiatrie	89	133 940	237 874	279 564	331 477	240 314	257 813	81	261 413	76	273 327	73	239 995	83,74	255 409
Pédiatrie	75	17 888	162 918	287 972	342 307	220 114	267 764	51	315 994	50	320 361	61	204 317	63,14	261 459
Dermatologie	12	267 515	349 094	512 397	549 793	418 808	431 194	12	418 808	11	448 851	10	414 666	10,64	472 340
Physiatrie	12	259 835	261 141	276 278	288 257	266 164	271 699	12	266 164	12	266 164	10	273 542	16,75	190 684
Anesthésie	94	102 587	241 564	290 199	335 725	242 593	266 765	83	272 092	76	289 420	76	245 855	†	†
Spécialités de la chirurgie	293	80 300	296 286	394 405	512 950	347 092	357 185	239	421 423	227	439 441	243	344 963	238,46	426 478
Chirurgie générale	64	31 498	223 538	354 640	483 660	285 854	313 945	48	375 681	44	402 134	52	271 334	44,67	409 551
Chirurgie thoracique/ cardiovasculaire	16	296 286	374 338	484 203	590 328	404 244	404 355	14	457 060	14	457 060	14	413 274	13,36	484 124
Urologie	21	331 951	411 467	475 354	554 504	440 339	445 300	20	460 419	20	460 419	17	445 554	19,08	484 650
Chirurgie orthopédique	47	25 679	263 318	375 210	445 088	276 768	312 625	35	366 595	34	375 519	39	273 879	35,05	371 130
Chirurgie plastique	17	197 534	267 421	336 937	478 769	296 656	312 120	14	356 119	14	356 119	15	298 943	14,00	360 225
Neurochirurgie	10	546 132	599 482	645 942	647 712	565 487	645 458	10	565 487	9	617 728	8	609 817	10,85	521 186
Ophtalmologie	29	178 260	503 586	793 028	074 262	665 019	725 858	24	798 618	24	798 618	25	652 203	32,24	598 187
Oto-rhino-laryngologie	22	200 796	254 391	393 139	482 882	348 981	356 111	20	382 799	19	398 121	18	340 759	18,74	409 690
Obstétrique et gynécologie	67	63 094	200 936	347 106	394 735	254 016	286 425	54	310 851	49	334 859	55	252 251	50,47	337 212
Total pour les spécialités	756	98 617	260 054	333 428	447 505	303 862	293 468	637	357 175	603	372 630	620	300 248	600,63	344 498
Total pour les médecins	1 592	118 097	225 427	297 819	389 609	273 515	261 950	1 394	309 441	1 310	324 112	1 290	267 892	1 422,10	290 157

Remarques

† Les spécialistes en anesthésie ont été exclus des calculs des ETP.

Fondé sur les paiements bruts, sans rajustement pour les dépenses en frais généraux.

Les spécialistes en radiologie et de laboratoire ne sont pas inclus.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B6 : Paiements cliniques par médecin, par spécialité, en Colombie Britannique, en 2010-2011

	Nbre	Montant payé par quintile				Montant total payé		Paiements totalisant au moins 60 000 \$		Paiements totalisant au moins 100 000 \$		Extrémités au 10 % supérieur et inférieur retirées		Équivalent temps plein	
		20	40	60	80	Médiane	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.	Nbre	Moy.
Médecine familiale	5 627	94 908	173 762	245 206	332 610	222 150	208 625	4 912	250 784	4 416	269 739	4 503	212 007	5 405,08	231 271
Spécialités de la médecine	2 728	123 090	223 888	308 191	421 446	289 783	266 072	2 457	319 052	2 296	335 826	2 188	276 325	2 186,75	297 181
Médecine interne	959	130 873	261 734	341 645	541 365	348 526	306 201	858	386 722	813	403 645	769	322 802	977,15	342 052
Neurologie	112	101 233	185 487	294 071	411 600	259 704	241 363	98	292 400	90	311 682	90	249 399	102,02	285 109
Psychiatrie	727	111 631	186 046	248 916	328 333	226 786	216 101	660	247 030	600	263 725	583	218 335	671,28	245 611
Pédiatrie	330	129 947	221 776	284 054	391 953	267 767	247 800	299	293 533	282	306 453	264	255 920	322,27	274 190
Dermatologie	63	118 997	234 603	366 943	513 048	330 070	302 640	56	368 129	52	390 365	51	313 234	63,48	327 574
Physiatrie	60	98 024	140 664	209 185	314 477	208 434	181 297	52	237 846	48	250 862	48	191 120	50,55	247 399
Anesthésie	477	158 074	266 132	342 114	424 962	294 899	313 748	434	321 792	411	335 393	383	297 434	†	†
Spécialités de la chirurgie	1 294	168 863	336 568	455 280	592 442	423 313	397 454	1 163	468 184	1 102	489 720	1 042	407 980	1 200,01	456 469
Chirurgie générale	230	188 027	355 321	480 446	581 590	400 345	419 101	206	444 228	199	457 078	184	398 076	219,19	420 089
Chirurgie thoracique/ cardiovasculaire	75	338 042	445 263	540 521	643 029	477 776	483 896	71	503 264	67	528 680	61	487 382	70,14	510 882
Urologie	94	177 563	364 344	498 953	659 605	440 849	421 706	86	479 078	79	514 252	76	419 198	88,29	469 360
Chirurgie orthopédique	220	150 184	277 193	379 156	483 697	327 788	330 415	201	356 791	183	384 418	176	323 669	193,58	372 525
Chirurgie plastique	88	82 443	242 859	365 622	476 467	302 494	340 704	73	361 093	66	390 310	72	291 347	73,56	361 874
Neurochirurgie	37	289 118	413 092	530 472	640 525	485 904	452 718	32	557 468	32	557 468	31	461 769	35,03	513 230
Ophtalmologie	201	190 132	518 942	749 078	1 026 760	673 233	611 598	180	749 432	174	772 491	161	622 593	200,43	675 147
Oto-rhino-laryngologie	87	233 446	359 571	450 382	540 736	412 405	412 699	81	441 155	77	460 300	71	397 803	81,91	438 032
Obstétrique et gynécologie	262	154 706	274 059	399 057	509 487	345 437	332 067	233	384 160	225	394 936	210	331 144	237,88	380 463
Total pour les spécialités	4 022	130 614	246 084	343 947	489 608	332 744	299 173	3 620	366 963	3 398	385 735	3 230	318 797	3 386,76	353 620
Total pour les médecins	9 649	105 326	196 615	281 689	391 284	268 249	239 113	8 532	300 077	7 814	320 181	7 733	256 612	8 791,84	278 402

Remarques

† Les spécialistes en anesthésie ont été exclus des calculs des ETP.

Fondé sur les paiements bruts, sans rajustement pour les dépenses en frais généraux.

Les spécialistes en radiologie et de laboratoire ne sont pas inclus.

Source

Base de données nationale sur les médecins, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2014*. Ottawa, ON : ICIS; 2014.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *National Physician Database, 2012–2013—Data Release*. Ottawa, ON : ICIS; 2014.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

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
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-349-1 (PDF)

© 2015 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Méthodes de calcul des paiements cliniques moyens par médecin à l'aide des données détaillées sur les autres modes de paiement*. Ottawa, ON : ICIS; 2015.

This publication is also available in English under the title *Approaches for Calculating Average Clinical Payments per Physician Using Detailed Alternative Payment Data*. ISBN 978-1-77109-348-4 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006