Base de données nationale sur les médecins : publication des données, 2020-2021

Notes méthodologiques

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

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.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

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
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-139-4 (PDF)

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données nationale sur les médecins : publication des données, 2020-2021 — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2022.

This publication is also available in English under the title *National Physician Database Data Release, 2020–2021 — Methodology Notes*.
ISBN 978-1-77479-138-7 (PDF)

Table des matières

Introduction 4

Renseignements supplémentaires 4

1.1 Contexte 5

1.2 Sources et collecte des données 5

1.3 Qualité des données 7

1.4 Définitions des données 8

1.5 Calculs 12

1.6 Limites des données 15

1.7 Respect de la vie privée et confidentialité 17

Annexes 19

Annexe A : Catégories de spécialités 19

Annexe B : Mesure d'un médecin équivalent temps plein 22

Annexe C : Autres modes de paiement dans chaque province et territoire 31

Annexe D : Système de groupement national de la BDNM 45

Annexe E : Ajustement des codes de tarif 57

Annexe F : Texte de remplacement pour les images 61

Introduction

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille, tient à jour et diffuse des données sur l'utilisation des services des médecins au Canada et les paiements qui leur sont versés, au moyen de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). La collecte et la diffusion de données sur les médecins aident les décideurs à mieux planifier, répartir et financer la main-d'œuvre des médecins.

L'ICIS recueille cette information depuis sa création en 1994, et la diffuse depuis 1997.

Renseignements supplémentaires

Les produits suivants sur les médecins sont offerts sur le site Web de l'ICIS :

- Profil des médecins au Canada, 2021 (infographie)
- *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2021* (tableaux de données, tableaux de données historiques, notes méthodologiques)
- *Base de données nationale sur les médecins, 2020-2021* (tableaux de données sur les paiements et l'utilisation, tableaux de données historiques sur les paiements et l'utilisation, notes méthodologiques)
- Codes de facturation des médecins en réponse à la COVID-19 (page Web)

D'autres produits sur la main-d'œuvre de la santé sont aussi disponibles sur le site Web de l'ICIS :

- *La main-d'œuvre de la santé au Canada : point de mire* (rapport numérique)
- La main-d'œuvre de la santé au Canada, 2021 — Statistiques éclair (outil interactif)
- *Le personnel infirmier au Canada, 2021* (tableaux de données, notes méthodologiques)
- *Les ergothérapeutes au Canada, 2021* (tableaux de données, notes méthodologiques)
- *Les pharmaciens au Canada, 2021* (tableaux de données, notes méthodologiques)
- *Les physiothérapeutes au Canada, 2021* (tableaux de données, notes méthodologiques)
- *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2016 à 2020* (tableaux de données, notes méthodologiques)

Toute question au sujet de la présente publication devrait être envoyée au

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

Vous pouvez également consulter notre site Web au icis.ca.

1.1 Contexte

Créée en 1987 par les sous-ministres de la Santé, la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) a été transférée à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 1995. Le Groupe consultatif d'experts sur les bases de données sur les médecins conseille l'équipe de la BDNM au sujet de la qualité des données, de la méthodologie et du développement de produits. Ce groupe comprend des représentants de tous les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, de l'Association médicale canadienne et des associations médicales provinciales et territoriales, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association des facultés de médecine du Canada et du milieu de la recherche médicale.

Auparavant, les paiements à l'acte constituaient la principale forme de rémunération des médecins. Au fil du temps, on a adopté divers autres modes de paiement conçus pour mieux répondre aux besoins particuliers des provinces, des territoires et des régions. Étant donné que les modes de paiement des médecins diffèrent d'une province et d'un territoire à l'autre, il est important de comprendre les limites liées à l'interprétation de l'information sur les paiements des médecins et des données sur l'utilisation des services. Pour plus de précisions sur les limites des données, consultez la section 1.6 du présent rapport.

1.2 Sources et collecte des données

Données

Les données de la BDNM proviennent des demandes de remboursement des médecins, ce qui comprend les codes de tarif, acheminées par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie. Les données sur les demandes de remboursement et les données démographiques connexes sur les médecins et les patients sont soumises tous les trimestres à l'aide de 5 fichiers distincts, habituellement dans les 6 mois suivant la fin d'un trimestre. Les fichiers qui ne respectent pas les dispositions définies dans le *Manuel des spécifications pour la soumission des données de la BDNM* sont retournés afin qu'ils soient corrigés et soumis de nouveau.

L'ICIS recueille annuellement des données sur les autres modes de paiement auprès de sources des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les autres modes de paiement représentent des façons de rémunérer directement les médecins autres qu'à l'acte. Les classifications varient entre les provinces et les territoires. Les données manquantes sur les autres modes de paiement de l'Ontario pour 2001-2002 et du Manitoba pour la période de 2001-2002 à 2003-2004 ont été estimées à l'aide de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS). Pour en savoir davantage sur les dépenses nationales de santé, consultez le rapport *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018*, publié en novembre 2018.

Vous trouverez une description complète de la présentation des fichiers dans le *Manuel des spécifications pour la soumission des données de la BDNM*, accessible au icis.ca. Pour plus de renseignements sur la BDNM, communiquez avec le chef de section, BDNM, ICIS, à medecins@icis.ca.

Type de données

Il existe 2 catégories de données sur la rémunération à l'acte : les données sur la facturation et les données sur les paiements. Les données sur la facturation correspondent au montant total que le médecin a facturé à la province pour un code de tarif particulier. Les données sur les paiements reflètent ce qui a été effectivement payé au médecin. Les 2 peuvent varier selon les ajustements appliqués en raison des valeurs seuils, du plafonnement du revenu ou des dispositions de récupération. L'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, soumettent des données sur les paiements.

Toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Nunavut, soumettent des données sur les autres modes de paiement. Ils soumettent également tous des données sur les autres modes de paiement au niveau des médecins, à l'exception de la Saskatchewan et de l'Alberta. La Saskatchewan soumet des données agrégées sur les autres modes de paiement par spécialité médicale, tandis que l'Alberta soumet des données agrégées sur les autres modes de paiement à l'échelle provinciale seulement.

Données démographiques

Les données et estimations démographiques canadiennes utilisées dans le présent rapport sont compilées par Statistique Canada. La population assurée correspond au nombre de personnes admissibles à des services médicaux payés par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie. Elle équivaut à la population totale moins les membres des Forces armées canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux et provinciaux, dont les services médicaux sont couverts par un régime fédéral d'assurance maladie. Jusqu'en 2013-2014, les membres de la Gendarmerie royale du Canada étaient également exclus des estimations démographiques. Ces estimations sont établies pour le 1er octobre de l'exercice financier et sont révisées annuellement.

1.3 Qualité des données

Mesures systématiques de correction d'erreurs et de validation

Les fichiers de la BDNM proviennent des systèmes administratifs provinciaux et territoriaux. Les vérifications de données sont effectuées par les provinces et les territoires avant la soumission des fichiers. Tous les fichiers de données que l'ICIS reçoit font ensuite l'objet des mesures systématiques de correction d'erreurs et de validation de la BDNM. L'étendue de ces mesures est limitée, car on ne peut confirmer les données auprès de la source. Les mesures systématiques utilisées comprennent toutefois un examen du nombre total d'enregistrements, du nombre de services et du montant en dollars de chaque fichier, la vérification de chaque valeur inscrite par rapport aux valeurs acceptables, la vérification des codes de tarif invalides, la vérification des numéros d'identification unique du médecin (NIUM) dont la disposition n'est pas logique, ainsi que la réalisation d'examens logiques des données traitées. Les problèmes potentiels de qualité des données peuvent également être décelés à l'aide de la comparaison du nombre de services, des montants en dollars et du nombre d'enregistrements par rapport aux données des années antérieures. Les fichiers non conformes aux mesures systématiques de correction d'erreurs et de validation sont retournés aux fournisseurs de données afin qu'ils soient corrigés et soumis de nouveau.

Les provinces et les territoires sont invités à revoir leurs propres données pour en déterminer la validité et la cohérence avant leur diffusion.

Comparabilité

La rémunération des médecins est de compétence provinciale et territoriale. Les systèmes de rémunération évoluent constamment au fil des négociations entre les gouvernements et les associations médicales. Il peut arriver que des questions ou des préoccupations concernant la comparabilité entre les autorités compétentes soient soulevées dans le cadre de projets spéciaux ou courants. Le cas échéant, l'ICIS travaille avec les autorités compétentes concernées à trouver des solutions. Si nécessaire, des modifications rétroactives pourront être apportées ultérieurement afin que les rapports offrent les meilleures comparaisons et analyses possible des tendances.

1.4 Définitions des données

NIUM

Afin de préserver l'anonymat du médecin, les fournisseurs de données soumettent un numéro d'identification chiffré, le NIUM, qui est unique à chaque médecin. Ce numéro permet de suivre de façon anonyme le cheminement d'un médecin d'une province ou d'un territoire à l'autre et au fil du temps, à l'échelle du Canada.

Province ou territoire d'exercice

La province ou le territoire d'exercice correspond au lieu où le médecin est inscrit et où il reçoit des paiements du régime d'assurance maladie. Certains médecins travaillent dans plus d'une province ou plus d'un territoire au cours d'un exercice financier donné, parce qu'ils déménagent dans une autre province ou un autre territoire ou dispensent des services dans plus d'une province ou plus d'un territoire (p. ex. un médecin offrant des services dans une région frontalière). Le cas échéant, les médecins sont inscrits dans plusieurs provinces ou territoires, mais comptés une seule fois à l'échelle nationale.

Spécialité

Les spécialités des médecins sont attribuées par les provinces et les territoires, et elles sont regroupées dans la BDNM sous leur équivalent national. Bien qu'il existe 2 façons de déterminer les spécialités, à savoir la spécialité la plus récente et la spécialité établie par le régime de rémunération, l'ICIS a utilisé la dernière pour le présent rapport.

La médecine interne comprend des sous-spécialités comme la cardiologie, la gastroentérologie, l'hématologie, la rhumatologie et l'oncologie médicale. Depuis l'année de données 2014-2015, la cardiologie et la gastroentérologie constituent des catégories distinctes. Ces 2 sous-spécialités sont tout de même incluses dans la déclaration générale des données sur la médecine interne. La psychiatrie comprend la neuropsychiatrie. La neurologie tient compte des spécialistes en électroencéphalogramme (EEG) et la physiatrie comprend les spécialistes en électromyographie. Les spécialistes dotés de la double spécialité « ophtalmologie/oto-rhino-laryngologie » sont regroupés avec les ophtalmologistes.

La façon dont certaines spécialités sont regroupées peut varier selon les provinces et territoires :

- En Nouvelle-Écosse, au Québec et en Colombie-Britannique, les données sur les spécialistes en santé publique sont comprises dans la médecine familiale.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, les spécialistes non certifiés sont regroupés sous leurs spécialités respectives. Les autres provinces et territoires les regroupent avec la médecine familiale.

Pour obtenir une liste complète des attributions des spécialités et de leurs groupements, consultez l'annexe A.

Médecin équivalent temps plein

Le nombre de médecins équivalents temps plein (ETP) est la mesure utilisée pour déterminer si un médecin travaille à temps plein. Il s'agit d'un nombre pondéré à partir d'une combinaison de toutes les formes de paiements cliniques bruts disponibles, ce qui comprend les autres modes de paiement et les paiements à l'acte.

La valeur ETP pour un médecin est calculée à l'aide du total de ses paiements par rapport aux montants repères supérieurs et inférieurs de paiement établis pour sa catégorie de spécialités médicales dans sa province ou son territoire. Consultez l'annexe B pour obtenir une description détaillée de l'équivalence temps plein, du calcul des montants repères et de la mesure d'un médecin ETP.

Montants repères des ETP à l'échelle provinciale

Des montants repères sont établis pour calculer l'équivalence temps plein d'un médecin pour chaque province et chaque spécialité. Pour établir les montants repères dans chaque spécialité, on classe les paiements en ordre croissant et on établit la répartition des médecins pour la spécialité donnée. Le montant qui figure au 40^{e} percentile constitue le montant repère inférieur national et celui qui figure au 60^{e} percentile, le montant repère supérieur national. Pour calculer les montants repères inférieurs et supérieurs des provinces, on ajuste les montants repères nationaux à l'aide de l'indice tiré du système sur les tarifs d'honoraires des médecins (STHM). Les montants repères provinciaux de chaque spécialité sont ensuite indexés en fonction des pourcentages de hausse ou de baisse annuelle des tarifs d'honoraires propres à chaque spécialité.

Consultez l'annexe B pour obtenir une description détaillée de l'équivalence temps plein, du calcul des montants repères et de l'année de référence, et de la mesure d'un médecin ETP.

Paiement brut moyen par médecin

Les paiements bruts versés aux médecins servent à calculer le paiement moyen. Ils ne représentent pas le revenu net des médecins (paiement brut moins le coût de pratique et autres retenues).

Autres modes de paiement des médecins

Les autres modes de paiement représentent des façons de rémunérer directement les médecins autres qu'à l'acte. Les classifications varient entre les provinces et les territoires. Voici des exemples des différentes classifications. Vous trouverez les définitions propres à chaque province ou territoire à l'annexe C.

Salaire : Mode de paiement selon lequel les médecins sont rémunérés en fonction d'une échelle annuelle, à temps plein ou à temps partiel. Les retenues à la source et les avantages sociaux tels que les vacances sont considérés comme des caractéristiques distinctives.

Vacation : Paiements sur une base horaire ou quotidienne (pour une période donnée) utilisés par certaines provinces et certains territoires pour financer notamment les services dispensés dans les urgences des hôpitaux, les cliniques psychiatriques et les cliniques en milieu rural.

Capitation : Modèle de rémunération selon lequel un montant fixe est versé au médecin pour chaque patient inscrit à la pratique. Les taux de paiement peuvent être rajustés en fonction de l'âge et du sexe des patients inscrits. La capitation peut financer un éventail de services tels que la prévention et les soins médicaux.

Financement global : Financement des plans ou groupes de pratique où les médecins ont diverses responsabilités, dont habituellement les services cliniques, l'enseignement, la recherche et l'administration.

Contrat : Financement convenu aux médecins qui dispensent des services définis à une population déterminée; le plan de rémunération précise généralement les services à dispenser ou les délais prescrits.

Financement pondéré : Ce type de rémunération s'applique aux médecins qui reçoivent des paiements à l'acte (généralement un pourcentage du tarif) et un autre mode de paiement pour les services qu'ils fournissent. Il existe des variantes entre les provinces et territoires.

Zones nordiques et insuffisamment desservies : Rémunération pour la prestation de services cliniques en milieu rural ou éloigné. Les indemnités peuvent être versées sous forme de primes de rémunération à l'acte en plus des honoraires réguliers, ou sous forme de montants fixes et périodiques.

Services d'urgence et disponibilité : Programmes qui octroient un financement à des groupes de médecins qui acceptent de fournir des services aux hôpitaux sur demande.

Système de groupement national

Le nombre de services et les montants en dollars du Système de groupement national (SGN) sont établis à l'aide des données extraites du fichier d'utilisation, qui contient les paiements pour les demandes de remboursement des médecins rémunérés à l'acte, les laboratoires et établissements de diagnostic, ainsi que les services reçus par des personnes à l'extérieur de la province ou du territoire non traitées par le système de facturation réciproque, ces personnes étant généralement à l'étranger ou non couvertes par la facturation réciproque.

Strate

Compte tenu de l'indépendance des régimes d'assurance maladie au Canada, l'ICIS ajuste les données soumises afin de faciliter les comparaisons entre les provinces et territoires. Les honoraires versés pour les services rendus sont payés en vertu des tarifs d'honoraires (ou des barèmes de prestations médicales), lesquels définissent les montants accordés pour chaque service. Les tarifs d'honoraires, la terminologie et les méthodes d'organisation de l'information varient d'une province et d'un territoire à l'autre. L'ICIS regroupe les données dans 121 catégories de services afin de tenir compte des variantes. Les données de 16 catégories relatives aux services d'imagerie et de laboratoire ne sont pas incluses (elles sont incluses avec les données sur l'utilisation de la facturation réciproque). Vous trouverez une liste complète des catégories du SGN de l'ICIS à l'annexe D.

Données sur la facturation réciproque

La facturation réciproque — c'est-à-dire le paiement des services fournis à l'extérieur de la province ou du territoire et facturés en vertu d'une entente provinciale et territoriale spéciale — compte pour moins de 1 % du nombre total de paiements à l'acte et du nombre total de services.

1.5 Calculs

Âge

L'âge des médecins recevant des paiements cliniques est calculé à la fin de l'exercice financier, soit le 31 mars.

Nombres

Toutes les statistiques provinciales sont basées sur le nombre de médecins rémunérés par chaque régime provincial d'assurance maladie. Les totaux correspondent à la somme des chiffres provinciaux, sauf dans le cas des indicateurs de paiement moyen autres que le paiement moyen par ETP. Pour ces indicateurs, les paiements cliniques versés aux médecins travaillant dans plus d'une province sont inclus dans le numérateur, mais le médecin n'est compté qu'une seule fois dans le dénominateur.

Le nombre de médecins dans les tableaux de données sur l'utilisation des services correspond au nombre de médecins différents ayant facturé au moins un service dans la catégorie donnée du SGN. Un médecin peut figurer dans un nombre quelconque de catégories du SGN, mais il ne sera compté qu'une seule fois dans les totaux.

Spécialité

2 types de calculs sont utilisés pour la série de données visée :

1. Multiples spécialités dans la province ou le territoire : Si une province ou un territoire rapporte plus d'une spécialité figurant au régime de rémunération pour un médecin pendant l'année, la BDNM tient compte de la spécialité ayant permis au médecin d'obtenir le plus de revenus.
2. Multiples spécialités au Canada : Si un médecin travaille dans plus d'une province ou plus d'un territoire en vertu de différentes spécialités figurant au régime de rémunération, sa spécialité définie à l'échelle nationale correspond à celle lui ayant permis d'obtenir le plus de revenus. Hormis le paiement moyen par ETP, ce calcul ne s'applique qu'à la série d'indicateurs de paiement brut moyen par médecin.

Paiement clinique brut moyen

L'ICIS utilise différentes mesures du paiement moyen générées à partir des données de la BDNM. Les paiements moyens sont calculés par province et par spécialité (s'il y a lieu) :

- Paiement clinique brut moyen par médecin
- Paiement brut moyen par médecin ayant reçu au moins 60 000 $ en paiements
- Paiement brut moyen par médecin ayant reçu au moins 100 000 $ en paiements
- Paiement clinique brut moyen par ETP

Paiement clinique brut moyen par médecin

Le paiement clinique brut moyen et le paiement brut moyen à l'acte sont déclarés à l'échelle provinciale pour chaque autorité compétente. Le montant des paiements bruts moyens est la somme de tous les paiements cliniques bruts (rémunération à l'acte et autres modes de paiement) versés aux médecins, divisée par le nombre total de médecins ayant reçu un paiement. Dans le cas de la Saskatchewan et de l'Alberta, le montant des paiements bruts moyens correspond à la somme des paiements cliniques bruts, divisée par le nombre total de médecins déclaré à l'ICIS par les provinces et les territoires. Tous les médecins qui reçoivent des paiements cliniques sont comptés uniformément sans égard au montant global reçu et à leur niveau d'activité (temps plein, temps partiel ou occasionnel).

En ce qui concerne l'indicateur de paiement brut moyen par médecin à l'échelle nationale, la somme des paiements est divisée par la combinaison du nombre de médecins ayant reçu un paiement et du nombre estimé de médecins (en Saskatchewan et en Alberta). Selon cette méthode de calcul, les médecins risquent d'être comptés plus d'une fois s'ils pratiquent dans plus d'une province ou plus d'un territoire qui ne soumet que des données agrégées sur les paiements versés aux médecins.

Compte tenu de la plus grande proportion de médecins temporaires, itinérants et suppléants et des paiements moins élevés qui leur sont associés, l'ICIS a convenu, dans le but d'accroître la comparabilité, d'inclure seulement les données sur les médecins permanents à l'Île-du-Prince-Édouard et les données sur les médecins dont le paiement brut total est d'au moins 60 000 $ au Yukon (non déclarées de 2009-2010 à 2012-2013) dans le calcul du paiement moyen par médecin.

Paiement clinique brut moyen par médecin selon la spécialité

Le montant des paiements cliniques bruts moyens et des paiements à l'acte bruts moyens est déclaré pour chaque catégorie de spécialités de chaque province ou territoire (la Saskatchewan et l'Alberta sont uniquement incluses dans les indicateurs de paiement à l'acte). Ce montant correspond à la somme de tous les paiements cliniques bruts ou des paiements à l'acte bruts (selon la mesure utilisée) versés aux médecins, divisée par le nombre de médecins qui ont reçu des paiements. Dans les situations où un seuil est appliqué (60 000 $ ou 100 000 $), les médecins touchant moins que le seuil sont retirés du calcul.

À l'échelle nationale, les médecins rémunérés dans plus d'une spécialité, possiblement dans plusieurs provinces et territoires, sont assignés à la spécialité dont ils retirent le plus de revenus, et ne sont comptés qu'une fois.

Paiement clinique brut moyen par médecin ETP

Le montant du paiement clinique brut moyen par ETP est déclaré pour chaque catégorie de spécialités dans chaque province et territoire. Il correspond à la somme de tous les paiements cliniques bruts versés aux médecins, divisée par la somme de toutes les valeurs ETP, dans la mesure où les valeurs ETP sont calculées selon la méthode décrite à l'annexe B.

Les médecins rémunérés par plus d'une province ou plus d'un territoire sont inclus dans le calcul du paiement moyen de chaque province ou de chaque territoire. Pour calculer le paiement clinique brut moyen par ETP à l'échelle nationale, on utilise la somme des paiements pour chaque médecin travaillant dans plusieurs provinces ou territoires. Par exemple, un médecin qui gagne 50 000 $ dans une province et 50 000 $ dans une autre est inclus dans le calcul des paiements moyens des 2 provinces. Il contribue pour 50 000 $ au numérateur de l'équation de chaque province, et sa valeur ETP propre à la province contribue au dénominateur. Pour les calculs à l'échelle nationale, ce médecin contribue pour 100 000 $ au numérateur, et la somme de ses valeurs ETP propres aux provinces contribue au dénominateur.

Paiements de groupe et paiements par spécialité

En plus des données sur les autres modes de paiement (AMP) pour chaque médecin, l'ICIS reçoit également des données sur les paiements de groupe et d'autres paiements agrégés versés aux médecins. Les paiements de groupe sont des paiements cliniques versés à un groupe de médecins identifiés par l'autorité compétente; le mode de paiement varie toutefois selon le groupe et l'autorité compétente. Pour s'assurer que les paiements de groupe sont pris en compte dans les indicateurs de paiement de la BDNM, l'ICIS suppose que chaque membre du groupe reçoit une part égale du paiement de groupe global.

Les paiements agrégés par spécialité représentent d'autres modes de paiement clinique forfaitaire versés à des médecins d'une spécialité et d'une autorité compétente données; toutefois, contrairement à ce qui prévaut pour les paiements de groupe, l'ICIS ne reçoit pas de liste des médecins qui perçoivent ces paiements. Afin d'inclure autant de données sur les paiements que possible dans les indicateurs de paiement moyen et d'ETP, l'ICIS répartit uniformément les paiements agrégés par spécialité parmi tous les médecins d'une même spécialité au sein de l'autorité compétente en question. Cette méthode est utilisée seulement pour les autorités compétentes qui fournissent à l'ICIS des données agrégées sur les paiements par spécialité ainsi que des données sur la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement au niveau du médecin.

Ajustements

La comparaison entre les provinces et territoires est difficile en raison des différences entre les tarifs d'honoraires et les règles d'évaluation. Généralement, il est plus difficile de comparer les données sur les services de visite que celles sur les interventions chirurgicales distinctes et bien déterminées. Par conséquent, l'ICIS ajuste le nombre de services pour certaines interventions, les services de visite ainsi que les interventions diagnostiques et thérapeutiques, afin d'améliorer la comparabilité des données. L'annexe E contient une liste complète des ajustements.

1.6 Limites des données

Données exclues

Les services médicaux couverts par des tiers, tels que l'assurance hospitalisation et l'indemnisation des victimes d'accident du travail, ne sont pas compris dans le présent rapport. De plus, le personnel des Forces armées canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux et provinciaux sont couverts par d'autres programmes (réunies, ces personnes représentent moins de 0,5 % de la population).

Certains paiements effectués directement par les patients sont également omis (p. ex. la surfacturation des médecins, les coûts de la chirurgie plastique pratiquée à des fins esthétiques).

En raison des préoccupations en matière de comparaison entre certaines provinces et certains territoires, les données sur les anesthésies sont exclues du nombre de services et des indicateurs de coût par service pour l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, l'Alberta et le Yukon. Les anesthésistes sont également omis des indicateurs d'ETP, puisqu'ils sont calculés en partie à l'aide du nombre de services.

Chiffres négatifs

Des chiffres négatifs pourraient figurer dans les données soumises à la BDNM en raison des corrections ou ajustements apportés par les provinces ou les territoires. L'ICIS inclut les valeurs positives et négatives des paiements lors du calcul des paiements bruts moyens, mais les exclut si la facturation totale d'un médecin correspond à un chiffre négatif.

Paiements bruts et paiements nets

Étant donné que les dépenses au titre des frais généraux varient d'une province et d'un territoire à l'autre et d'une spécialité à l'autre, et qu'elles ne sont pas clairement déclarées, l'ICIS n'ajuste pas les chiffres relatifs aux paiements afin d'en tenir compte. Tous les paiements moyens sont donc basés sur les paiements bruts.

Paiements cliniques bruts moyens

Le paiement moyen est fondé sur le nombre de médecins. Tous les médecins qui reçoivent des paiements cliniques sont comptés uniformément sans égard à leur niveau d'activité (soit à temps plein ou à temps partiel).

Attribution des spécialités

Les provinces et les territoires doivent fournir 2 types d'information sur les spécialités, soit l'attestation la plus récente et la spécialité inscrite dans le régime de paiement. L'attestation la plus récente est conférée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins du Québec ou le Collège des médecins de famille du Canada.

Le régime de paiement peut varier parce qu'il indique où le médecin a été rémunéré pour les services rendus. Les provinces et territoires ne fournissent pas tous la spécialité reconnue la plus récente.

Les statistiques de l'ICIS sur les médecins ETP et sur les paiements bruts moyens par médecin peuvent différer des statistiques annuelles provinciales et territoriales en raison des écarts dans la façon de regrouper les spécialités. Les catégories de spécialités de l'ICIS figurent à l'annexe A.

Médecins en imagerie et de laboratoire

Les radiologistes et les pathologistes, ainsi que les médecins de laboratoire et du domaine de l'imagerie, sont exclus de la plupart des tableaux de données de la BDNM par souci de comparabilité interprovinciale, bien que les paiements pour les services d'imagerie et de laboratoire dispensés par des médecins non spécialisés dans ces domaines soient inclus. Les radiologistes et les pathologistes sont inclus dans les données sur la facturation réciproque. Leur rémunération peut également être incluse dans les autres modes de paiement clinique pour les provinces et les territoires qui ne soumettent pas de données sur les paiements versés aux médecins.

Services inclus, exclus ou non couverts

L'ensemble des provinces et des territoires canadiens assurent des services de base nécessaires sur le plan médical grâce à des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, certains services couverts dans une province ou un territoire ne le sont pas nécessairement dans l'ensemble du pays. Chaque province ou territoire a un barème des prestations médicales qui indique les services inclus (ou exclus) dans le régime provincial ou territorial.

Il peut arriver à l'occasion que des provinces ou territoires désassurent un service (celui-ci devient alors non couvert) ou lui attribuent un autre code de tarif (celui-ci est alors exclu). Ces services peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre ou d'une année à l'autre. Leur incidence pourrait expliquer les légères fluctuations observées au fil des ans ou les différences mineures entre les provinces et les territoires.

Depuis 2010-2011, le Québec couvre le coût des services de fécondation in vitro (FIV) dans certains cas (voir le barème des prestations du Québec pour en savoir plus). Aux fins de comparaison des groupes de services dans le SGN, tous les services et paiements liés à la FIV au Québec ont été attribués à la catégorie du SGN « Services divers — autre ».

Pour obtenir plus d'information sur les services exclus ou non couverts, communiquez avec le chef de section, BDNM, à l'ICIS, à medecins@icis.ca.

1.7 Respect de la vie privée et confidentialité

L'ICIS a recours à plusieurs mesures de protection afin d'assurer le respect de la vie privée et la confidentialité des données sur les médecins. En voici quelques-unes :

NIUM

L'ICIS utilise des numéros d'identification chiffrés, créés par les fournisseurs de données. Ces numéros permettent de suivre le cheminement des médecins au fil du temps au Canada tout en préservant leur anonymat.

Suppression des données

L'ICIS supprime les données pour les catégories de spécialités médicales qui comprennent des valeurs de 4 ou moins à l'intérieur d'une province ou d'un territoire afin de minimiser les risques de divulgation par recoupements. Dans les tableaux A.3.3 et A.8 du document Base de données nationale sur les médecins : données sur les paiements, toute valeur associée à 9 médecins ou moins a été supprimée. Les données masquées sont exclues du nombre d'ETP ainsi que du nombre de médecins par province ou territoire et du total. Il convient

de noter que l'ICIS applique les règles de suppression avant d'appliquer tout critère de sélection (p. ex. le seuil de revenu). Par conséquent, certaines cellules peuvent contenir une valeur associée à une catégorie de spécialité médicale de 4 médecins ou moins. Dans ces cas, la valeur qui se trouve dans la cellule correspond aux médecins qui satisfont aux critères de sélection et qui appartiennent à une catégorie de spécialité médicale qui comptait au moins 5 médecins avant l'application des critères de sélection.

L'ICIS s'engage à protéger les renseignements personnels sur la santé. Le niveau d'agrégation dans le présent rapport prévient l'identification d'une personne dans les provinces ou les territoires largement peuplés, comme l'Ontario ou la Colombie-Britannique. Par contre, il pourrait ne pas en être de même dans les provinces ou les territoires moins peuplés, comme l'Île-du-Prince-Édouard. Pour assurer l'anonymat des patients, les cellules comprenant des valeurs d'un à 4 services ont été supprimées. Pour ce faire, l'ICIS a examiné les sommaires des nombres de services et exclu les services à faible volume des colonnes des données provinciales et territoriales et des rangées au niveau agrégé afin d'éviter l'identification de personnes à l'aide de la soustraction ou d'autres méthodes d'imputation.

L'ICIS applique les mêmes méthodes de suppression lors de la diffusion des données de la BDNM dans les demandes spéciales et les études analytiques spéciales.

Politique de diffusion et d'accès aux données de la BDNM

L'ICIS a mis en place une série de directives afin de préserver la confidentialité des données qu'il reçoit. Le document intitulé *Politique de respect de la vie privée relative à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation des renseignements personnels des travailleurs de la santé et des données dépersonnalisées, 2011* est accessible dans le site Web de l'ICIS (icis.ca).

Annexes

Annexe A : Catégories de spécialités

Catégories de spécialités utilisées dans la BDNM

Médecine familiale

01 Médecine familiale

- 010 Résidence
- 011 Médecine générale
- 012 Médecine familiale
- 013 Médecine communautaire/santé publique
- 014 Médecine d'urgence

Spécialités médicales

02 Médecine interne

- 020 Médecine interne générale
- 021 Cardiologie
- 022 Gastroentérologie
- 023 Médecine respiratoire
- 024 Endocrinologie
- 025 Néphrologie
- 026 Hématologie
- 027 Rhumatologie
- 028 Immunologie clinique et allergie
- 030 Oncologie
- 031 Gériatrie
- 032 Médecine tropicale
- 035 Génétique

04 Neurologie

- 040 Neurologie et EEG
- 041 Neurologie
- 042 EEG

05 Psychiatrie

050 Psychiatrie et neuropsychiatrie

051 Psychiatrie

052 Neuropsychiatrie

06 Pédiatrie

060 Pédiatrie

07 Dermatologie

065 Dermatologie

08 Physiatrie et réadaptation

070 Physiatrie et réadaptation

071 Électromyographie

09 Anesthésie

075 Anesthésie

Spécialités chirurgicales

10 Chirurgie générale

080 Chirurgie générale

11 Chirurgie thoracique/cardiovasculaire

086 Chirurgie thoracique

087 Chirurgie cardiovasculaire

088 Chirurgie cardiovasculaire/thoracique

12 Urologie

090 Urologie

13 Chirurgie orthopédique

095 Chirurgie orthopédique

14 Chirurgie plastique

100 Chirurgie plastique

15 Neurochirurgie

110 Neurochirurgie

16 Ophtalmologie

115 Ophtalmologie

116 Ophtalmologie/oto-rhino-laryngologie

17 Oto-rhino-laryngologie

120 Oto-rhino-laryngologie

18 Obstétrique/gynécologie

126 Obstétrique

127 Gynécologie

128 Obstétrique/gynécologie

Spécialités techniques

26 Imagerie médicale (rapporté dans la facturation réciproque seulement)

250 Radiologie diagnostique

251 Radiothérapie

252 Radiothérapie et médecine nucléaire

27 Spécialités de laboratoire (rapporté dans la facturation réciproque seulement)

260 Médecine nucléaire

261 Bactériologie

262 Biochimie

263 Microbiologie

264 Pathologie

265 Anatomopathologie

266 Laboratoire général

Remarque : Bien que la génétique ne soit plus une sous-spécialité de la médecine interne, elle est répertoriée dans cette catégorie, car le nombre d'enregistrements de médecins appartenant à cette spécialité est relativement faible.

Annexe B : Mesure d’un médecin équivalent temps plein

Rétrospective

Au Canada, les effectifs médicaux ont toujours été mesurés 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 mener des exercices de planification et à évaluer les décisions stratégiques. Le nombre de médecins est considéré comme un indicateur économique important en matière de santé en raison du rôle de « filtrage » que jouent les médecins dans le système de prestation des services de santé. Le fait de connaître le nombre de médecins nous permet de mieux comprendre les coûts des services de santé, de quantifier le besoin de médecins et de suivre les tendances en matière de rémunération.

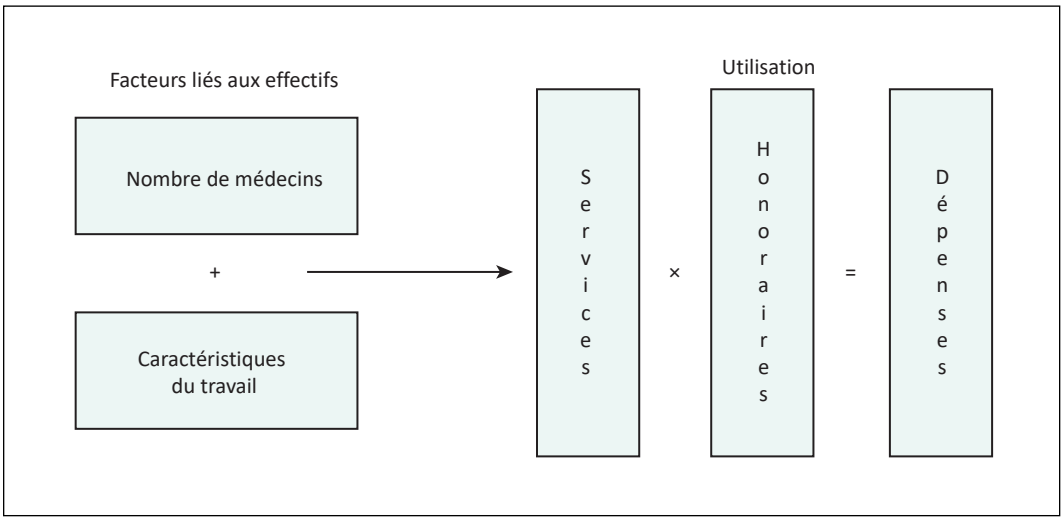
Le recours au simple compte de médecins donne toutefois à penser que tous les médecins sont sur un pied d’égalité quant à leur capacité à offrir des soins aux patients. Cette méthode n’est manifestement pas plausible. En effet, certains médecins profitent d’une semi-retraite, d’autres travaillent à temps partiel et bon nombre ne dispensent que peu ou pas de services cliniques et se consacrent à la recherche ou occupent un poste d’administration. Pour tenter de produire une évaluation plus juste des effectifs, l’ICIS a adopté une méthode visant à compter les médecins à temps plein et les médecins ETP.

Pour obtenir des comparaisons plus exactes entre les provinces et territoires ainsi qu’entre les spécialités et les séries chronologiques, une approche privilégiée consiste à définir un médecin à temps plein comme un médecin dont la facturation correspond à 60 % des revenus les plus élevés de l’ensemble des médecins. Les seuils exprimés en percentiles sont préférables aux valeurs en dollars, parce qu’ils s’ajustent par défaut en fonction des changements au fil du temps, du prix des services et selon les changements d’utilisation ou du volume des services par médecin. Bien que ces seuils améliorent les comparaisons entre provinces et territoires, rien ne garantit que le seuil de temps plein d’une province ou d’un territoire traduira la même intensité de production que le seuil d’une autre province ou d’un autre territoire en raison des règlements et des structures de tarification qui varient d’une province ou d’un territoire à l’autre. Les méthodes de mesure d’un ETP basées sur les revenus moyens ou médians constituent des variantes de cette méthodologie.

Élaboration d'une mesure des ETP

Un groupe de travail national a entrepris l'élaboration d'une mesure des ETP en 1984 selon le modèle conceptuel ci-dessous :

Figure B1 Modèle conceptuel concernant les effectifs, l'utilisation et les 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 B1 illustre la relation entre ces 3 variables. Les heures de travail, les services dispensés et les paiements constituaient les choix réalistes permettant d'établir l'équivalence temps plein.

Une étude interne a permis de déterminer que le revenu horaire des médecins rémunérés à l'acte variait beaucoup après la 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 sont 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 représentent la mesure du rendement la plus pertinente pour déterminer l'équivalence temps plein.

Justification

Dans le modèle adopté, le revenu brut par médecin sert à mesurer le rendement ou la charge de travail. Étant donné que 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 temps plein. Le groupe de travail a donc décidé d'utiliser un intervalle de niveaux de rendement qui seraient réalistes dans le cas d'un médecin à temps plein type. Il fallait que cet intervalle puisse être défini 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 montants repères servant à mesurer l'équivalence temps plein.

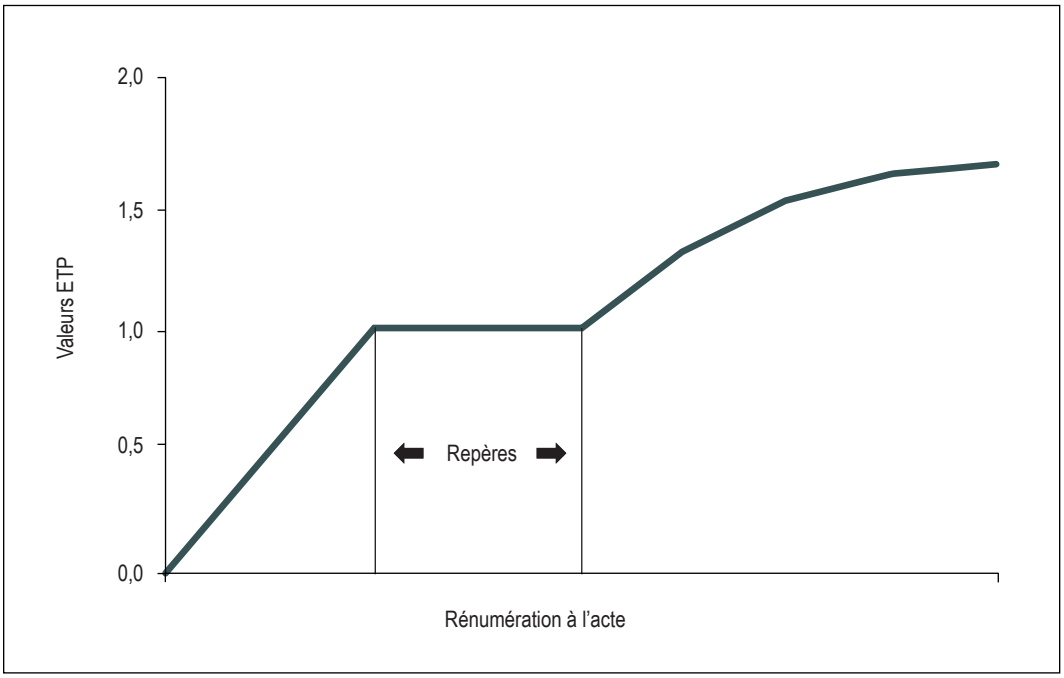
Des simulations fondées sur d'autres percentiles ont indiqué que le nombre d'ETP était relativement peu influencé par les autres intervalles de montants repères, pourvu que ces derniers soient symétriques (p. ex. entre les 30^{e} et 70^{e} percentiles, les totaux étaient à peu près les mêmes qu'entre les 40^{e} et 60^{e} percentiles).

Exhaustivité

La méthodologie d'ETP actuelle de l'ICIS vise à présenter un nombre pondéré de tous les médecins qui administrent des soins couverts par un régime d'assurance maladie. Un médecin ayant touché moins que le montant repère inférieur en paiements cliniques représente une fraction d'un ETP; un médecin ayant touché des honoraires qui se situent entre les montants repères correspond à un ETP; un médecin ayant touché des honoraires plus élevés que le montant repère supérieur vaut 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, l'ICIS 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 montant repère supérieur affiche un ETP de 2,1, tandis qu'un médecin dont le revenu est 4 fois plus élevé que le montant repère supérieur présente un ETP de 2,4). La figure B2 illustre la relation qui existe entre le revenu et les valeurs ETP.

Figure B2 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 tenant compte des différences d'honoraires entre les provinces afin de créer 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 en fonction des augmentations ou des diminutions d'honoraires propres à 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 antérieurs sur les médecins pour les années de données 1989-1990 à 1995-1996 étaient fondés sur les montants repères des ETP rémunérés à l'acte calculés en fonction de l'année de référence 1985-1986. Les rapports pour 1996-1997 à 2001-2002 ont été mis à jour au moyen des montants repères de rémunération à l'acte calculés en fonction des données de la BDNM pour l'année de référence 1995-1996. En 2004, l'ICIS a reconfiguré le système de la BDNM, et plus particulièrement l'application des critères de sélection des sources de paiement à différentes étapes du traitement des données sur les ETP. De l'année de données 2002-2003 à l'année de données 2013-2014, les rapports sur les médecins ETP rémunérés à l'acte étaient fondés sur l'année de référence 2000-2001.

L'ICIS a cessé de produire des rapports de données historiques sur les ETP rémunérés à l'acte, mais il est tout de même possible d'accéder à ces données au moyen de demandes ponctuelles de données personnalisées.

Depuis l'année de données 2014-2015, les montants repères sont calculés en fonction de l'année de référence 2015-2016. Ces calculs sont obtenus par la combinaison des données sur toutes les formes de paiements cliniques au niveau des médecins (y compris la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement) déclarées à l'ICIS.

Calcul détaillé

Les valeurs ETP sont calculées selon la formule suivante :

$$ETP_i = \begin{cases} \text{paiement total}_i \div \text{montant repère inférieur}_j & \text{Si le médecin } i \text{ gagne moins que le montant repère inférieur } j \\ 1 & \text{Si le médecin } i \text{ gagne un montant égal ou dans les limites du montant repère} \\ 1 + \ln(\text{paiement total}_i \div \text{montant repère supérieur}_j) & \text{Si le médecin } i \text{ gagne plus que le montant repère supérieur } j \end{cases}$$

où

- l'ETP_i est la valeur ETP attribuée au médecin *i*;
- le paiement total_i est la somme de tous les paiements versés au médecin *i*;
- le $\text{montant repère inférieur}_j$ est la valeur inférieure définie pour la catégorie de spécialités du médecin *i* dans sa province ou son territoire d'exercice;
- le $\text{montant repère supérieur}_j$ est la valeur supérieure définie pour la catégorie de spécialités du médecin *i* dans sa province ou son territoire d'exercice.

Révision des montants repères des ETP

En 2016, l'ICIS et son groupe consultatif ont entrepris, en collaboration avec d'autres experts canadiens, un projet visant à trouver une approche optimale du calcul d'un médecin ETP qui tient compte des renseignements sur les autres modes de paiement clinique. Vous trouverez ci-dessous un résumé des changements apportés pour atteindre cet objectif.

Résumé des changements apportés à la méthodologie de calcul des ETP à compter de l'année de données 2014-2015

1. Changement de l'année de référence pour le calcul des ETP

   L'année de référence servant à établir les montants repères des ETP à l'ICIS change périodiquement. Les années de référence 1985-1986, 1995-1996 et 2000-2001 ont été utilisées par le passé. Comme l'ICIS reçoit maintenant des données sur les autres modes de paiement au niveau des médecins, les montants repères seront dorénavant calculés en fonction de l'exercice 2015-2016; l'année de référence sera mise à jour tous les 5 ans. L'ICIS obtient l'année de référence en combinant toutes les formes de paiements cliniques au niveau des médecins (y compris la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement) qui lui sont déclarés et en établissant des montants repères qui serviront à mesurer l'équivalence temps plein.

2. Inclusion des autres modes de paiement

   L'ICIS recueille des données sur la rémunération des médecins par d'autres modes de paiement depuis 1999. Depuis 2014-2015, toutes les autorités compétentes (à l'exception de la Saskatchewan et de l'Alberta) lui soumettent des données sur les autres modes de paiement au niveau des médecins. L'exhaustivité des données permet dorénavant d'inclure les paiements à l'acte et les autres modes de paiement versés aux médecins, ce qui donne un portrait plus complet de la rémunération des médecins dans le cadre de leurs fonctions cliniques.

   En plus des données sur les autres modes de paiement pour chaque médecin, l'ICIS reçoit des données sur les paiements de groupe et d'autres paiements agrégés versés aux médecins. Les paiements de groupe sont des paiements faits à un groupe de médecins identifiés selon la province. La façon dont l'argent est distribué au sein du groupe est toutefois inconnue. La Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique sont les 2 seules provinces qui soumettent à l'ICIS des données sur les paiements de groupe.

   Les autres modes de paiement par spécialité ou agrégés sont semblables aux paiements de groupe : ils sont versés à des médecins d'une spécialité donnée ou d'une province ou un territoire en particulier, et il n'est actuellement pas possible de les associer à un médecin en particulier à partir des données reçues. En plus des données au niveau des médecins, l'ICIS déclare les paiements agrégés de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Il exclut toutefois les paiements par spécialité et les autres paiements agrégés, car ceux-ci risqueraient d'entraîner une erreur systémique pouvant biaiser les résultats.

3. Sélection des médecins qui étaient actifs durant l'année de référence pour l'établissement des montants repères des ETP

   Les montants repères des ETP sont établis à partir des données sur les médecins qui étaient actifs pendant tout l'exercice de l'année de référence. Des versions antérieures de la méthodologie étaient fondées sur les données trimestrielles sur la rémunération à l'acte seulement; pour être admissible, un médecin devait avoir facturé des montants pour chacun des 4 trimestres. Toutefois, les données sur les autres modes de paiement peuvent être associées à des données sur l'utilisation des services (facturation pro forma) ou être contenues dans un fichier annuel. Afin de tenir compte de ces 2 niveaux de données, 2 critères d'inclusion ont été établis :

   - Les médecins associés à des données sur l'utilisation des services (rémunération à l'acte ou facturation pro forma) doivent présenter de telles données au cours des 4 trimestres pour être inclus.
   - Les médecins qui apparaissent uniquement dans un fichier annuel de données sur les autres modes de paiement, sans données sur l'utilisation des services, sont inclus.

   Les paiements aux médecins sont ensuite ajustés à l'échelle nationale (en fonction du STHM), et un troisième critère est appliqué : les paiements versés à un médecin ajustés à l'échelle nationale doivent représenter plus de 10 % de la moyenne nationale pour sa spécialité. Ce critère additionnel permet d'établir un seuil estimatif des heures de travail annuelles pour les médecins ne présentant aucune donnée sur l'utilisation des services, en plus d'éliminer les médecins comptant très peu de factures.

   Les paiements de groupe sont inclus dans le calcul du total des paiements de chaque médecin. Nous avons supposé que chaque membre du groupe reçoit une part égale du paiement de groupe. Pour éviter que ces estimations n'aient trop de répercussions sur les résultats des ETP, il est important de connaître avec exactitude le total des paiements versés à un médecin. Nous avons donc exclu de la cohorte servant à établir les montants repères les médecins dont les paiements de groupe représentaient plus de 10 % du total de leurs paiements.

Limites

L'ICIS reconnaît 2 limites à la méthodologie adoptée :

1. Utilisation du STHM : Les données sur les autres modes de paiement sont exclues du calcul de l'indice du STHM, car ces paiements ne peuvent pas être associés à la prestation de services en particulier. L'absence des données sur l'utilisation des services dans le STHM signifie que l'indice de tous les services utilisé pour ajuster les paiements et les montants repères n'est fondé que sur les données sur la rémunération à l'acte. Il en résulte un biais et un effet inquantifiable sur le nombre d'ETP et sur les valeurs « globales » de paiement moyen par ETP dans les colonnes applicables du tableau.
2. Utilisation des pourcentages de hausse ou de baisse des tarifs d'honoraires à l'acte : Une fois les montants repères établis pour l'année de référence, l'ICIS indexe les montants repères provinciaux pour chaque spécialité et chaque année en fonction des pourcentages de hausse ou de baisse annuelle des tarifs d'honoraires propres à chaque spécialité. L'application d'ajustements aux tarifs d'honoraires à l'acte seulement pourrait biaiser les résultats des ETP pour les années autres que l'année de référence.

Comparaison du nombre d'ETP avant et après l'inclusion des données sur les autres modes de paiement

Le tableau présente le nombre d'ETP et de médecins avant le changement de l'année de référence et l'inclusion des données sur les autres modes de paiement, en comparaison avec les calculs apparaissant dans le rapport de 2016-2017. Voir le tableau ci-dessous.

Tableau Comparaison des résultats des ETP avant et après l'inclusion des données sur les autres modes de paiement

Spécialité	Avant*		Après†		Différence	
	Nombre d'ETP	Nombre de médecins	Nombre d'ETP	Nombre de médecins	Nombre d'ETP	Nombre de médecins
Médecine familiale	**26 296,88**	**40 798**	**36 320,67**	**41 995**	**38,1 %**	**2,9 %**
Spécialités médicales	**16 974,99**	**20 978**	**18 886,33**	**21 979**	**11,3 %**	**4,8 %**
Médecine interne	8 720,25	10 155	9 082,29	10 614	4,2 %	4,5 %
Neurologie	819,68	1 094	950,58	1 118	16,0 %	2,2 %
Psychiatrie	4 344,70	5 204	4 930,70	5 418	13,5 %	4,1 %
Pédiatrie	2 172,77	3 437	2 939,38	3 732	35,3 %	8,6 %
Dermatologie	520,60	604	568,73	606	9,2 %	0,3 %
Physiatrie	396,99	484	414,65	491	4,4 %	1,4 %
Anesthésie	**	**	**	**	**	**

Spécialité	Avant*		Après†		Différence	
	Nombre d'ETP	Nombre de médecins	Nombre d'ETP	Nombre de médecins	Nombre d'ETP	Nombre de médecins
Spécialités chirurgicales	**9 222,07**	**10 607**	**9 832,36**	**10 774**	**1,7 %**	**1,6 %**
Chirurgie générale	1 914,95	2 263	1 957,57	2 308	2,2 %	2,0 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	336,19	456	418,61	463	24,5 %	1,5 %
Urologie	677,78	735	657,52	741	-3,0 %	0,8 %
Chirurgie orthopédique	1 431,63	1 713	1 485,46	1 726	3,8 %	0,8 %
Chirurgie plastique	529,44	611	524,36	614	-1,0 %	0,5 %
Neurochirurgie	235,07	323	272,73	338	16,0 %	4,6 %
Ophtalmologie	1 675,68	1 342	1 254,60	1 350	-25,1 %	0,6 %
Oto-rhino-laryngologie	695,79	814	745,40	816	7,1 %	0,2 %
Obstétrique et gynécologie	1 725,54	2 350	2 066,11	2 418	19,7 %	2,9 %
Total des spécialités	**26 197,06**	**31 585**	**28 268,69**	**32 753**	**7,9 %**	**3,7 %**
Total	**52 493,94**	**72 383**	**64 589,36**	**74 748**	**23,0 %**	**3,3 %**

Remarques

* Année de référence 2000-2001 ajustée en fonction de l'année de données 2016-2017.

† Année de référence 2015-2016 ajustée en fonction de l'année de données 2016-2017.

** Les anesthésistes ont été exclus.

Source

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

Le nombre d'ETP a augmenté pour toutes les spécialités, à l'exception de l'urologie, de la chirurgie plastique et de l'ophtalmologie. Les changements les plus importants ont été observés chez les médecins de famille, ce qui n'est pas surprenant étant donné le recours élevé aux autres modes de paiement pour ce groupe. Le faible changement en pourcentage pour le nombre de médecins indique que 97 % des médecins de famille ont reçu au moins un paiement à l'acte au cours de l'année.

Malgré les limites observées en raison des changements apportés à la méthodologie, nous estimons globalement que l'ajout des données sur les autres modes de paiement constitue une amélioration considérable par rapport aux anciens calculs des ETP fondés uniquement sur la rémunération à l'acte. Nous espérons remédier dans l'avenir aux limites de la méthodologie découlant de l'utilisation d'une méthode de calibration des montants repères reposant uniquement sur les données sur la rémunération à l'acte (STHM et ajustements des pourcentages des tarifs d'honoraires).

Annexe C : Autres modes de paiement dans chaque province et territoire

Les provinces et les territoires adoptent différentes approches en matière d'autres modes de paiement. Ces données ont été fournies et revues par chaque province et territoire en préparation du présent rapport.

Terre-Neuve-et-Labrador

Salaire : Environ 40 % des médecins salariés sont des omnipraticiens, les 60 % restants étant des médecins spécialistes. Les omnipraticiens qui travaillent dans les hôpitaux communautaires en milieu rural, en majorité à l'extérieur de la presqu'île Avalon, touchent habituellement un salaire. Les médecins salariés sont employés par une autorité sanitaire régionale (ASR) financée par le régime d'assurance maladie. Bien que les transferts entre la rémunération à l'acte et les modes de paiement salariaux ne soient généralement pas restreints, une demande doit être soumise par l'ASR et approuvée par le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador. De plus, les médecins peuvent passer de la rémunération à l'acte au statut de salarié en présentant une demande à leur ASR. Le salaire est le modèle prédominant des médecins ruraux pour 2 raisons : 1) l'exercice au sein de collectivités relativement petites rend les autres modes de paiement plus alléchants, particulièrement pour les médecins spécialistes; 2) bon nombre des médecins ruraux sont des médecins diplômés à l'étranger qui ne sont pas pleinement autorisés à pratiquer au Canada. Les médecins diplômés à l'étranger peuvent se prévaloir de la rémunération à l'acte s'ils sont parrainés par une ASR ou par un autre médecin (le processus de parrainage doit être approuvé par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador) et ils doivent suivre un cours individuel sur la facturation.

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

Financement global : Les ententes de financement global existent pour un certain nombre de programmes, tels que la cardiochirurgie, l'anesthésie et la chirurgie pédiatriques, la chirurgie vasculaire et l'hématologie adulte. Ces ententes définissent des montants fixes pour les services prescrits au sein des groupes de médecins spécialistes. On envisage maintenant des ententes de financement global, mode de paiement de plus en plus populaire, dans d'autres domaines de services.

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

Île-du-Prince-Édouard

Salaire : Les médecins salariés sont employés par Santé Î.-P.-É. selon les conditions négociées de l'entente-cadre. Ils reçoivent également une prime sur les activités cliniques, soit un paiement supplémentaire basé sur la valeur totale des facturations pro forma soumises et approuvées pour un médecin. En plus de la rémunération salariale, les médecins peuvent être autorisés à facturer à l'acte les services tels que ceux effectués en dehors des heures de travail, ou dans le cadre de cliniques sans rendez-vous, ainsi que les services de garde et ceux fournis au service d'urgence. Il se peut également que les médecins concluent des ententes contractuelles pour fournir des services dans des secteurs comme les soins de longue durée ou la toxicomanie.

Vacation : Les médecins spécialistes itinérants peuvent choisir d'être rémunérés à l'acte ou à la vacation selon un taux horaire clinique pour les services professionnels qu'ils dispensent, conformément à l'entente-cadre. Les hospitalistes et les urgentologues sont également rémunérés à la vacation. Les urgentologues permanents et suppléants sont également admissibles à une prime sur les activités cliniques. Cette prime est un paiement supplémentaire basé sur la valeur totale des facturations pro forma soumises et approuvées pour un médecin.

Contrat : Tous les médecins sous contrat sont considérés comme des contractants autonomes qui sont payés à l'heure par Santé Î.-P.-É., conformément à l'entente-cadre. Ces médecins, qui font partie de l'effectif, reçoivent également une prime sur les activités cliniques, soit un paiement supplémentaire basé sur la valeur totale des facturations pro forma soumises et approuvées pour un médecin. En plus des paiements contractuels, les médecins peuvent être autorisés à facturer à l'acte les services tels que ceux effectués en dehors des heures de travail, ou dans le cadre de cliniques sans rendez-vous, ainsi que les services de garde et ceux fournis au service d'urgence. À moins d'être suppléants à long terme, les médecins suppléants qui choisissent la rémunération avec contrat ne sont pas admissibles à la prime sur les activités cliniques, c'est-à-dire un paiement supplémentaire basé sur la valeur totale des facturations pro forma soumises et approuvées pour un médecin.

Zones nordiques et insuffisamment desservies : Les omnipraticiens qui acceptent de conserver les privilèges du personnel médical et qui fournissent des soins aux patients hospitalisés reçoivent toutes les 2 semaines un paiement annuel de maintien en poste.

Service de garde : Les médecins reçoivent une prime de maintien en poste en plus de la rémunération à l'acte pour le service de garde. Les médecins salariés peuvent aussi choisir de recevoir un tarif quotidien pour le service de garde.

Collecte d'information : La facturation pro forma est utilisée pour la collecte d'information sur les services dispensés par la plupart des médecins salariés, contractuels et rémunérés à la vacation.

Nouvelle-Écosse

Plans de financement universitaire : Ces plans servent à rémunérer les médecins universitaires de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse (ASNE) Zone Central et du Centre de santé IWK. Il existe 12 plans de financement universitaire : chirurgie, médecine familiale Dalhousie, radio-oncologie, pathologie, oncologie gynécologique, soins intensifs, psychiatrie, imagerie diagnostique IWK, médecine, anesthésie, médecine d'urgence et pédiatrie.

Les plans de financement universitaire reposent à l'heure actuelle sur une méthodologie, soit le financement global. L'entente relative aux plans de financement universitaire, signée le 9 septembre 2016, prévoit la mise en place du modèle de financement global pour tous les plans ainsi qu'une responsabilisation accrue. Les autorités responsables des plans de financement universitaire doivent désormais soumettre une série de rapports livrables trimestriels et annuels. La supervision générale en est assurée par le groupe de gestion des plans de financement universitaire.

Autres modes de paiement : Un nombre toujours croissant de médecins exercent sous d'autres régimes de rémunération que le système traditionnel de rémunération à l'acte. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse a mis en place des contrats types faisant appel à d'autres modes de paiement pour les médecins de famille et les spécialistes régionaux en anesthésie, pédiatrie, obstétrique et gynécologie, gériatrie et soins palliatifs. Depuis juillet 2020, on compte à peu près 280 contrats individuels et de groupe visant d'autres modes de paiement. Outre ces contrats types, le ministère de la Santé et du Mieux-être est ouvert à de nouvelles propositions relatives à d'autres modes de financement en vue d'améliorer les soins aux patients dans la province. Tous les médecins sous contrat sont considérés comme des contractuels indépendants et non comme des employés. Le ministère de la Santé et du Mieux-être ne compte pas de médecins salariés.

Paiements pour les services d'urgence et de garde en région rurale : Les services d'urgence en région rurale (c.-à-d. non tertiaires) de la province sont financés de diverses façons :

- On compte 9 services d'urgence régionaux et 2 grands services d'urgence communautaires qui reçoivent un financement horaire pour tous les services dispensés. Le nombre d'heures par service d'urgence est déterminé à l'aide d'une formule normalisée fondée sur le volume de cas, leur gravité et les services fournis à chaque endroit.
- 6 services d'urgence communautaires reçoivent un financement en fonction du nombre d'heures d'ouverture par jour. Le taux horaire de jour diffère de celui de nuit.
- Les autres services d'urgence communautaires sont financés selon un modèle mixte. Les urgentologues qui travaillent la semaine, de 8 h à 20 h, sont rémunérés à l'acte ou à l'aide d'un autre mode de paiement. Les urgentologues qui travaillent la semaine, de 20 h à 8 h, à toute heure de la fin de semaine et les jours fériés sont payés à l'heure pour les services qu'ils dispensent.
- Les centres d'urgence collaboratifs reçoivent tous un financement horaire en vertu de contrats détaillés. Ces contrats englobent les soins urgents, très urgents et primaires.

Le programme de services de garde sert à financer les services des spécialistes et des médecins de famille en disponibilité dans les centres régionaux et tertiaires seulement. Ce programme prévoit 4 catégories de paiement qui varient selon l'intensité et le volume prévus des périodes de garde.

Vacation : Le remboursement à la vacation est offert pour certains services préapprouvés en fonction d'une rémunération horaire. La rémunération à la vacation est seulement approuvée lorsque le modèle de rémunération à l'acte ne convient pas au type de service dispensé. À l'heure actuelle, la vacation sert à financer certains services dans les domaines suivants : traitement des dépendances, traitement de la douleur chronique, gériatrie, médecine familiale collaborative, soins liés aux fonctions cardiaques et respiratoires, hématologie, soins intégrés aux victimes d'AVC, cliniques de santé pour hommes et pour femmes, services de santé mobiles et visant les sans-abri, sclérose en plaques, oncologie, soins palliatifs, physiatrie, psychiatrie, santé des réfugiés, cliniques de traitement des infections transmissibles sexuellement et soins de santé pour les jeunes. De temps à autre, elle sert aussi à financer d'autres cliniques spéciales.

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

Collecte d'information : La facturation pro forma est utilisée pour recueillir des renseignements sur les services fournis en vertu des plans de financement universitaire et d'autres types de paiement. Les médecins rémunérés selon d'autres modes de paiement doivent également soumettre l'information sur leur activité annuelle et sur leurs congés pour chaque exercice.

Nouveau-Brunswick

Salaire ou contrats : Certains omnipraticiens et spécialistes qui dispensent des services cliniques au Nouveau-Brunswick touchent un salaire établi en fonction du régime de rémunération médical et de certaines clauses relatives aux sections I et III de la fonction publique du Nouveau-Brunswick. Le régime de rémunération médical comporte 3 volets : les omnipraticiens, les spécialistes non autorisés et les spécialistes. Il existe un quatrième volet pour les chefs d'unité, mais il ne s'applique qu'aux titulaires actuels. Certains omnipraticiens et spécialistes ne peuvent pas obtenir de rémunération autre qu'un salaire (p. ex. les médecins de famille des centres de santé communautaire, les pathologistes). Les médecins salariés exercent entre autres dans les spécialités suivantes : anesthésie, gériatrie, maladies infectieuses, médecine interne, rhumatologie, néonatalogie, pédiatrie, physiatrie, psychiatrie, oncologie médicale, chirurgie générale et médecine générale. La facturation pro forma est requise.

Vacation : Parmi les services d'urgence des 8 établissements hospitaliers régionaux de la province, 7 rémunèrent systématiquement les médecins à la vacation et un utilise d'autres modes de paiement. Les établissements hospitaliers non régionaux rémunèrent aussi systématiquement les médecins à la vacation, à l'exception de 3 hôpitaux : 2 d'entre eux n'offrent pas de services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et l'autre utilise diverses options de paiement, dont la rémunération à l'acte, l'allocation de disponibilité et les taux à la vacation. Des ententes de financement sont également établies pour rémunérer les médecins pour les services cliniques qu'ils dispensent dans les centres de soins infirmiers, les établissements correctionnels, les centres de désintoxication et les centres de santé mentale. Ces ententes visent également les divers services fournis en oncologie, en soins palliatifs, à titre d'hospitalistes et en gériatrie, ainsi que dans plusieurs autres cliniques, y compris les cliniques de pédiatrie et de reproduction. La facturation pro forma est requise pour la plupart des ententes de rémunération à la vacation, sauf dans les services d'urgence, les centres de soins infirmiers et les établissements correctionnels.

Financement axé sur la population et les soins primaires : La capitation est présentement à l'étude dans le cadre d'un laboratoire vivant. Le modèle de financement pondéré comprend la capitation (des modificateurs de l'âge et du sexe sont appliqués à une valeur de base) et la rémunération à l'acte réduite (la plupart des services sont payés à 40 %, tandis que certains sont payés à 100 %). Des règles de facturation modifiées sont également appliquées pour les visites en cabinet effectuées par des membres du personnel infirmier (la plupart des services sont payés à 35 %), ainsi que pour les communications par courriel et par téléphone avec les patients (ces codes de service ne peuvent être utilisés que pour les médecins rémunérés à l'aide du modèle de financement pondéré). Les médecins participant à ce modèle touchent une rémunération minimum garantie; un exercice de rapprochement après 6 mois et après un an permet de déterminer s'ils devraient être portés au niveau du modèle de financement pondéré si celui-ci est supérieur à la rémunération minimum garantie, sans dépasser 5 % de l'équivalent de la rémunération à l'acte convertie.

Contrats et autres modes de paiement : Certains médecins jouissent de contrats exhaustifs avec rémunération. Ce type de contrat, qui ne fait pas partie du barème du régime de rémunération médical, peut prévoir la possibilité de toucher en partie une rémunération à l'acte. La facturation pro forma est requise.

Revenu garanti : Quelques médecins bénéficient d'un revenu annuel garanti fondé sur les services rémunérés à l'acte. Si les médecins n'ont pas atteint leur revenu garanti après avoir facturé leurs services à l'acte, l'unité leur paie le reste.

Autres modes de financement : Certains médecins participent à plus d'un régime de financement où une somme forfaitaire est remise à l'autorité sanitaire en échange de chacun des éléments livrables du programme. Les médecins sont rémunérés à l'heure ou à la vacation. Aux fins du calcul de l'ETP, ces fonds sont comptabilisés en dollars à la vacation. La facturation pro forma est requise.

Québec

Salaire : Le mode de rémunération à salaire est fermé pour les médecins omnipraticiens. Depuis 2011-2012, seuls les médecins détenant déjà ce privilège à cette date continuent d'être rémunérés selon ce mode. On retrouve principalement ce mode de rémunération chez les omnipraticiens qui exercent en établissement, soit au sein des centres locaux de services communautaires (CLSC), ou qui exercent en milieu psychiatrique dans un centre hospitalier (CH) ou un Centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP). Le mode à salaire est également fermé pour les médecins spécialistes depuis le 1er juin 1988.

Tarif horaire et vacation : Ce mode de rémunération est surtout utilisé pour payer des omnipraticiens qui exercent en CLSC, dans des unités de soins gériatriques de longue durée, dans certains établissements psychiatriques ou en régions éloignées. Chez les médecins spécialistes, la tarification horaire est un mode optionnel de paiement pour certaines prestations de soins dans des secteurs spécifiques autorisés et pour la rémunération de certaines activités médico-administratives.

Mode de rémunération mixte : Il s'agit d'un mode de rémunération implanté vers la fin de l'année 1999 en tant qu'autre forme de rémunération pour les spécialistes. Les médecins qui y participent reçoivent un taux quotidien fixe, plus un pourcentage des taux de rémunération à l'acte des services couverts. En ce qui concerne les médecins omnipraticiens, le mode mixte a été implanté en établissement en 2015. Les médecins reçoivent un forfait horaire auquel s'ajoute un pourcentage de certains actes des services couverts.

Financement global : Cette forme de remboursement n'est pas utilisée.

Financement axé sur la population et les soins primaires : Un forfait annuel de prise en charge est versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) aux médecins omnipraticiens qui exercent en première ligne pour chaque patient inscrit considéré actif au 1er janvier de l'année civile. Aucune facturation n'est requise par le médecin pour recevoir le forfait annuel. Aussi, un montant supplémentaire s'ajoute si le patient inscrit auprès du médecin appartient à l'un des 4 groupes de vulnérabilité et sa tarification varie en fonction du groupe. Ce montant total est payable trimestriellement et ne s'applique qu'à l'omnipraticien. Il se retrouve dans la catégorie « capitation ».

Reconnaissance de l'efficience : Depuis 2012-2013, un système de pondération est appliqué pour tenir compte des exigences de certaines pratiques. Un montant de 52,30 $ est versé pour chaque jour au-delà de 180 jours (jusqu'à 200 jours), et de 209,15 $ pour chaque jour au-delà de 200 jours. Chaque jour compté doit afficher un revenu minimum.

Polyvalence : Selon le nombre de patients inscrits à son nom, le médecin reçoit un pourcentage supplémentaire de ses revenus lorsqu'il pratique en établissement. Il reçoit un supplément de 2,5 % si le nombre de patients inscrits est de 700 à 999, de 5 % s'il est de 1 000 à 1 499, et de 10 % pour 1 500 patients et plus.

Collecte d'information : Tous les programmes sont gérés par la RAMQ.

Ontario

Salaire : Les centres de santé communautaire de l'Ontario sont dotés de conseils communautaires et versent une indemnité salariale aux médecins. À l'heure actuelle, les centres de santé communautaire sont gérés par leurs réseaux locaux d'intégration des services de santé respectifs. Certains autres plans de financement liés à d'autres modes de paiement permettent de verser un salaire aux médecins lorsque le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario a versé les fonds.

Vacation : La vacation est habituellement versée aux médecins rémunérés à l'acte qui dispensent des soins de psychiatrie et d'anesthésie ainsi que des services de gériatrie non imputables dans des zones sous-desservies et chez les populations à risque élevé. Ce type de compensation est versé aux médecins à un taux horaire ou à la vacation pour les heures passées à traiter les patients. Ces heures dépassent souvent le cadre des heures normales de travail. Quelques hôpitaux rémunèrent encore leurs urgentologues au moyen de la vacation Scott (Scott sessional), soit des paiements à la vacation plutôt que les paiements à l'acte recommandés par le rapport Scott de 1995 sur les services des médecins dans les urgences des petits hôpitaux et des hôpitaux en milieu rural.

Financement global : La majorité des plans de financement relatifs à d'autres modes de paiement des médecins qui travaillent à l'urgence, à l'unité néonatale de soins intensifs, au service pédiatrique et au service d'oncologie gynécologique correspondent à un financement global. Le financement global est acheminé à un groupe ou à une association de médecins qui doit établir une structure de gouvernance interne définissant la façon dont les médecins sont rémunérés pour les services négociés selon le contrat relatif aux autres modes de paiement.

Financement axé sur la population et les soins primaires : Il existe 3 modes de rémunération des médecins qui dispensent des soins primaires selon le financement axé sur la population : les réseaux de santé familiale (RSF), les groupes de santé familiale (GSF) et les organismes de services de santé familiaux (OSSF). Ils effectuent des paiements par capitation pour un nombre défini de services, mais permettent la facturation à l'acte pour les autres services.

Contrats : Tous les autres modes de paiement de l'Ontario sont régis par une entente contractuelle. À l'heure actuelle, le MSSLD préfère d'abord négocier de façon centralisée une entente modèle avec l'Ontario Medical Association (OMA) et ensuite l'offrir aux groupes de médecins admissibles. Lorsque cette méthode n'est pas possible, on négocie habituellement des contrats avec les groupes de médecins, l'OMA et le MSSLD. Les médecins participants reçoivent un financement prédéterminé pour dispenser les services visés par la liste du contrat

négocié. Une surveillance et une évaluation continues de tous les contrats permettent de garantir que les médecins offrent des niveaux adéquats de services et répondent aux exigences stipulées dans le contrat.

Collecte d'information : Les exigences en matière de déclaration sont clairement définies dans le contrat de tous les autres modes de paiement. La forme la plus commune, la facturation pro forma, correspond à la rémunération à l'acte. Dans les ententes où il n'y a pas de facturation pro forma, d'autres méthodes de déclaration sont adoptées afin que les médecins offrent des niveaux adéquats de services et répondent aux exigences stipulées dans le contrat. En outre, quelques contrats exigent une facturation pro forma et d'autres formes de déclaration selon les services dispensés. Par exemple, les ententes relatives aux autres modes de financement des services d'urgence traitent des indices de l'échelle canadienne de triage et de gravité, des volumes, de la facturation pro forma et des heures de couverture.

Manitoba

Salaire/contrat : Les ententes salariales et contractuelles sont utilisées dans plusieurs types d'établissements et d'environnements, y compris pour les médecins des centres communautaires de soins de santé primaires de Winnipeg (centres d'accès). Les médecins des hôpitaux d'enseignement et des hôpitaux communautaires de Winnipeg (Centre des sciences de la santé et Hôpital général de Saint-Boniface) reçoivent une combinaison de rémunération à l'acte et d'autres modes de financement. Les services d'urgence dispensés à Winnipeg sont entièrement payés à l'aide d'autres modes de financement. Les médecins des centres de santé mentale de Brandon et de Selkirk touchent un salaire, tout comme les pathologistes en milieu hospitalier de Winnipeg et de Brandon. Certains médecins (principalement les médecins de famille) dans les régions éloignées touchent un salaire du régime d'assurance maladie.

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

Financement pondéré : On utilise une combinaison de rémunération à l'acte et d'autres modes de financement pour rémunérer les oncologistes d'Action cancer Manitoba. Les oncologistes qui profitent de cette entente doivent facturer un montant minimal de rémunération à l'acte afin d'être admissibles aux autres modes de financement. À Winnipeg, la rémunération de nombreux spécialistes médicaux et chirurgicaux (particulièrement ceux qui dispensent des services aux patients pédiatriques) se fait à l'acte et à l'aide d'autres modes de financement. Les urgentologues des régions rurales du Manitoba sont payés à l'aide d'autres modes de financement et des contrats leur permettent de recevoir une certaine rémunération à l'acte.

Financement axé sur la population et les soins primaires : Le ministère Santé, Aînés et Vie active Manitoba n'utilise pas la capitation.

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

À Winnipeg, les urgentologues sont rémunérés à l'aide d'autres modes de financement. Les urgentologues en milieu rural sont rémunérés selon les ententes de base A et B et peuvent facturer jusqu'à 12 heures de services rendus à l'acte.

Saskatchewan

Salaire : Un pourcentage relativement faible des médecins de la Saskatchewan sont salariés. L'Autorité sanitaire de la Saskatchewan propose des postes salariés dans certains secteurs (services de santé mentale, médecins d'établissement, pathologie), mais les services contractuels ou à la vacation sont beaucoup plus fréquents. La majorité des médecins qui travaillent dans les cliniques communautaires de la Saskatchewan touchent un salaire. Une entente entre Northern Medical Services et l'Université de la Saskatchewan permet de rembourser le salaire et les services contractuels des médecins de famille qui exercent dans les collectivités nordiques éloignées. Les services de santé pour étudiants de l'Université de la Saskatchewan emploient également des médecins de famille afin d'offrir des services sur le campus. Dans le passé, les médecins qui travaillaient pour la Saskatchewan Cancer Agency étaient salariés; cependant, le nombre de médecins sous contrat est maintenant à la hausse.

Vacation : L'Autorité sanitaire de la Saskatchewan offre des contrats à certains médecins pour dispenser des services à la vacation, ce qui comprend entre autres les psychiatres sous contrat et les omnipraticiens itinérants qui dispensent des services dans les collectivités rurales ou éloignées ou dans des milieux cliniques précis (p. ex. les grands centres de soins de longue durée).

Contrats : La grande majorité des médecins rémunérés autrement qu'à l'acte sont payés au moyen de contrats de service. Cela comprend la plupart des médecins qui travaillent à forfait pour l'Autorité sanitaire de la Saskatchewan, y compris les urgentologues, les pathologistes et les médecins de soins primaires. Certains médecins qui travaillent au College of Medicine ont des contrats de service.

Rémunération à l'acte gérée par l'Autorité sanitaire de la Saskatchewan :
Certains médecins sous contrat offrent des services cliniques rémunérés à l'acte en fonction d'un barème semblable à celui de la direction des services médicaux. Il s'agit du principal modèle de rémunération en imagerie diagnostique en milieu hospitalier.

Financement pondéré : Les anesthésistes de Regina et de Saskatoon sont dans la plupart des cas rémunérés à l'acte. Toutefois, la prestation d'une anesthésie en obstétrique et en pédiatrie est financée selon un contrat de service faisant appel à un autre mode de paiement. La plupart des contrats relatifs à d'autres modes de paiement permettent la facturation à l'acte des services dispensés aux bénéficiaires hors province.

Paiements pour les services d'urgence de médecine générale et de garde en milieu rural : Le programme de couverture à l'urgence, mis en œuvre en décembre 1997, est géré par la direction générale des services médicaux à l'aide du système de traitement des demandes de remboursement; les codes des tarifs sont définis comme étant des unités de temps. Un programme de médecins de famille en disponibilité a été établi en 2007 pour les hôpitaux régionaux et les hôpitaux en milieu rural.

Programme de mise en disponibilité de spécialistes en salle d'urgence : Ce programme, mis en œuvre en juillet 2001, est géré conjointement par l'Autorité sanitaire de la Saskatchewan, le ministère de la Santé et la Saskatchewan Medical Association. Les spécialistes en rotation de garde approuvée reçoivent une allocation quotidienne pour leur disponibilité en prévision des nouveaux patients à l'urgence (non assignés).

Collecte d'information : La soumission de données sur les visites est exigée par tous les contrats des autres modes de paiement, mais on ne s'y conforme pas toujours. Les demandes de remboursement sont habituellement soumises selon un processus de facturation pro forma qui utilise les codes des barèmes de frais provinciaux. Les données sur les visites sont ainsi soumises par les cliniques communautaires. Elles ne sont pas disponibles pour les services dispensés par l'entremise du Clinical Services Fund (géré par le College of Medicine), ni pour les services dispensés par la plupart des médecins en milieu hospitalier (médecins d'urgence, associés aux soins critiques, médecins d'établissement, radiologistes), par les médecins des Northern Medical Services, les psychiatres contractuels, les médecins salariés qui exercent dans des centres anticancéreux, ainsi que les pathologistes.

Alberta

Programmes de financement clinique : En 2019-2020, l'Alberta comptait 63 programmes de financement clinique utilisant 3 modèles de financement des services médicaux :

1. **Programmes de financement à la capitation :** Selon le modèle de financement à la capitation, un médecin ou groupe de médecins reçoit un montant annuel par patient inscrit au registre. Les taux de capitation sont fixés au moyen d'une série de codes de services de santé assurés qui sont ajustés en fonction des risques associés au groupe d'âge et au sexe selon le registre des patients. Les registres peuvent se composer de patients inscrits ou de tous les patients au sein d'une zone géographique définie. L'Alberta comptait 4 programmes de financement à la capitation en 2019-2020.
2. **Programmes de financement annualisé :** Selon ce modèle, un médecin ou groupe de médecins reçoit une rémunération fondée sur un modèle particulier de prestation des services de santé assurés, par médecin ETP et par année. Le financement de ce modèle contractuel repose sur le nombre de médecins et augmente au même rythme que le nombre d'ETP dans le cadre du programme de financement clinique. Ce modèle a été utilisé dans 40 programmes de financement contractuel en Alberta en 2019-2020.
3. **Programmes de financement à la vacation :** En vertu de ce programme, le médecin est payé selon un taux horaire prédéterminé pour la prestation des services de santé assurés offerts à un groupe de patients défini sur une période précisée. En 2019-2020, l'Alberta comptait 19 programmes de financement à la vacation.

Programmes de financement universitaire : Ces programmes constituent des ententes de financement commun qui regroupent les diverses sources de financement afin de payer les médecins pour leurs activités dans les domaines de la pratique clinique, de l'enseignement, des services administratifs et de la recherche. Ces ententes se sont avérées efficaces au chapitre du recrutement et du maintien en poste des spécialistes nécessaires dans la province, de l'appui aux pratiques cliniques novatrices et l'amélioration de la qualité de la formation et de la recherche médicale. Les programmes de financement universitaire concernent les universités et les facultés de médecine, les médecins participants, le ministère de la Santé de l'Alberta, les Services de santé de l'Alberta, l'Alberta Medical Association, d'autres organismes de financement et des ministères connexes, comme le ministère de l'Éducation avancée. En 2019-2020, l'Alberta comptait 14 programmes de financement universitaire.

Collecte des rapports sur les épisodes de service (information fondée sur la facturation pro forma) : La collecte d'information sur les épisodes de services assurés par d'autres programmes de financement se fait à l'heure actuelle principalement au moyen des codes existants pour la rémunération à l'acte.

Colombie-Britannique

L'Alternative Payments Program (APP) de la Colombie-Britannique (un programme lié aux autres modes de paiement) alloue des fonds aux 5 autorités sanitaires de la province et au Service de santé provincial pour améliorer l'accès aux services pour les patients au moyen de modes de paiement autres que la rémunération à l'acte. À leur tour, ces autorités passent des contrats avec des médecins pour la prestation de services de santé.

Contrats de service et ententes salariales : Les autorités sanitaires peuvent faire une demande auprès de l'APP pour obtenir un financement consacré à la prestation d'un programme précis de services de santé. L'autorité sanitaire et l'APP passent une entente de financement entre eux et établissent un plan de ressources en matière de médecins. Par la suite, l'autorité sanitaire offre des contrats aux médecins ou les embauche afin qu'ils dispensent les services compris dans le financement propre aux programmes. La prestation des services et la rémunération des médecins sont définies dans les contrats des médecins, qui sont conformes à la politique de l'APP, ainsi qu'à la nouvelle entente-cadre avec les médecins. L'entente-cadre avec les médecins comprend et remplace les ententes précédentes conclues entre les médecins, le gouvernement, la Medical Services Commission et l'Association médicale de la Colombie-Britannique.

Vacation : En plus des contrats de service et des ententes salariales, les autorités sanitaires peuvent faire une demande au titre de l'APP pour financer le paiement des médecins à la vacation, où 3,5 heures équivalent à une séance de temps de médecin et où une séance peut être répartie en quarts d'heure. L'autorité sanitaire et l'APP passent une entente de financement entre eux et établissent un plan de ressources en matière de médecins. Par la suite, l'autorité sanitaire offre des contrats aux médecins ou les embauche afin qu'ils dispensent les services compris dans le financement propre aux programmes. L'entente-cadre avec les médecins stipule les conditions relatives aux paiements à la vacation.

Programme de financement axé sur la population — soins primaires : La Health Sector Workforce Division gère un modèle de financement pondéré des soins primaires axé sur la population. Les contrats de service sont négociés entre le ministère de la Santé et les sites de soins primaires. Ils régissent la prestation de services de base précis pour une population déterminée, dispensés par une équipe de soins. La rémunération de chaque médecin est entièrement déterminée par le cabinet privé. Le financement des services est pondéré, soit une combinaison de financement des services de base dispensés à une population déterminée, plus la rémunération à l'acte pour tous les autres services. La partie du financement axée sur la population est fondée sur un modèle de capitation ajusté selon les risques et elle tient compte des répercussions de la comorbidité sur l'utilisation des ressources. Le financement et les paiements en vertu de ce modèle sont directement liés à la soumission en temps opportun de données exactes sur les visites et les demandes de remboursement; par conséquent, les exigences de déclaration sont rigoureusement observées.

Collecte d'information : La déclaration de l'information constitue une condition de l'APP et elle est nécessaire aux fins de responsabilisation. En plus des données recueillies dans le plan de ressources en matière de médecins de l'APP, les autorités sanitaires déclarent l'information sur les visites des patients pour appuyer la collecte des données nécessaires à l'administration et à l'évaluation des contrats ainsi qu'à la planification des services de santé.

Yukon

Les médecins du Yukon sont principalement rémunérés selon 2 modes de paiement : 51 % sont rémunérés à l'acte, tandis que 47 % utilisent un mode de rémunération mixte (AMP et rémunération à l'acte). Seuls 2 % des médecins sont uniquement rémunérés selon d'autres modes de paiement. Le Yukon compte plusieurs spécialistes résidents et entreprend des démarches pour en augmenter le nombre. Toutefois, les services spécialisés sont encore fournis par des spécialistes itinérants en raison de la ruralité et de la faible population du Yukon. Les services de médecine générale sont quant à eux fournis à la fois par des médecins résidents et des médecins suppléants.

Autres modes de paiement (AMP) : Ces modes de paiement s'appliquent principalement aux spécialistes et aux médecins qui fournissent des soins de santé primaires dans les collectivités rurales ou qui travaillent dans une clinique gérée par l'État. Ils font l'objet de négociations entre la Direction des services de santé assurés et de santé auditive et chaque médecin, indépendamment des conditions définies dans le protocole d'entente conclu entre la Yukon Medical Association et le gouvernement du Yukon.

Collecte d'information : La saisie électronique de la facturation à l'acte et de la facturation pro forma permet de recueillir de l'information sur le nombre et le type de services dispensés au Yukon par les médecins rémunérés à l'acte et selon d'autres modes de paiement, ainsi que sur la valeur de ces services.

Territoires du Nord-Ouest

Salaire : Les médecins en milieu hospitalier spécialisés en anesthésie, en chirurgie générale, en médecine interne, en obstétrique et gynécologie, en ophtalmologie, en orthopédie, en oto-rhino-laryngologie, en psychiatrie, en radiologie et en pédiatrie sont salariés. Les Territoires du Nord-Ouest comptent également des médecins de famille salariés qui travaillent dans des cliniques, des services d'urgence et à titre d'hospitalistes.

Vacation : Les médecins à la vacation sont engagés à titre de contractuels indépendants et payés à un tarif horaire pour remplacer des spécialistes et omnipraticiens. De plus, leurs frais de déplacement leur sont remboursés et l'hébergement leur est fourni.

Collecte d'information : Les dépenses associées aux médecins salariés et à la vacation sont tirées des balances de vérification de l'Administration des services de santé territoriale, tandis que les renseignements sur les paiements à l'acte sont extraits du SAM (système de comptabilisation et de gestion de PeopleSoft). Le nombre de médecins et les classifications des spécialités proviennent du HRIS (système d'information sur les ressources humaines de PeopleSoft) et du HMIS (système d'information sur la gestion des services de santé).

Annexe D : Système de groupement national de la BDNM

Catégories et strates

1. Consultations

Consultations majeures, initiales, ordinaires, mineures, répétées, opératoires et régionales ayant lieu au bureau, à l'hôpital, dans des hôpitaux pour malades chroniques et convalescents et dans des centres de soins infirmiers, ainsi que les consultations psychiatriques et obstétriques qui ne comportent pas de visites spéciales.

- Consultations majeures
- Autres consultations

2. Évaluations majeures

Évaluations générales et spécifiques; réévaluations; visites initiales avec un examen complet; nouveau problème constaté pour la première fois et comprenant les antécédents et un examen complet; examen spécifique complet selon la spécialité du médecin; examens annuels; soins aux nouveau-nés ou aux prématurés; et examens spéciaux de la vue effectués à n'importe quel endroit qui ne comportent pas de visites spéciales.

- Bureau
- Patient hospitalisé : nouveau-né
- Patient hospitalisé : autre
- Patient en consultation externe
- Hôpital non précisé
- Évaluation majeure non précisée
- Examen spécial de la vue

3. Autres évaluations

Évaluations partielles ou mineures; examens régionaux; examens initiaux, subséquents ou répétés; soins ordinaires prénatals et postnatals; puériculture à n'importe quel endroit; soins aux malades chroniques ou convalescents; consultations externes et autres consultations lorsque le médecin est à l'hôpital; évaluations intermédiaires et mineures; évaluations partielles; examens de suivi et examens régionaux; patients additionnels vus durant une visite spéciale et en détention.

- Bureau
- Patient hospitalisé
- Patient en consultation externe
- Hôpital non précisé
- Endroit non précisé
- Visites spéciales — ajout
- Détention

4. Jours de soins hospitaliers

Consultations régulières jusqu'à 28/30/31 ou 35/42 jours, de plus de 28/30/31 ou 35/42 jours, soins de soutien, soins prolongés, soins parallèles, soins dirigés, soins aux convalescents, soins palliatifs et prise en charge quotidienne des patients hospitalisés.

- Jusqu'à 28/30/31 ou 35/42 jours
- Plus de 28/30/31 ou 35/42 jours
- Autre

5. Visites spéciales

Visites la nuit, le samedi, le dimanche et pendant un jour férié qui obligent le médecin à se rendre au bureau, au domicile, à un centre de soins infirmiers, aux services de consultation externe et à l'urgence. Comprend également les visites spéciales, les consultations, les examens spécifiques et les réévaluations, les réévaluations générales, les visites à domicile ordinaires, et les examens sommaires et spécifiques à domicile.

- Après les heures de travail ou à l'urgence
- Autres heures normales

6. Psychothérapie et counseling

Psychothérapie individuelle; hypnothérapie; narco-analyse; entrevues diagnostiques et thérapeutiques; psychothérapie et entrevues de groupe et en famille; entrevues en physiatrie et counseling portant sur les médicaments, la famille, la génétique, le mariage et la contraception; conférences de cas au nom des patients avec des travailleurs des professions paramédicales, des enseignants, des membres du clergé, etc.

- Psychiatrie individuelle
- Psychiatrie de groupe ou familiale
- Counseling

7. Chirurgie majeure

Selon le barème des prestations de l'Ontario de 1988, les honoraires pour ces interventions sont supérieurs à 75 $.

Mastectomie et chirurgie du sein

Simple, radicale ou radicale modifiée; unilatérale ou bilatérale; femme ou homme; mastectomie partielle ou résection cunéiforme; augmentation et réduction mammaires et mammoplastie.

Excision ou biopsie d'une tumeur au sein

Tumeur ou tissu pour une biopsie ou un traitement.

Autres chirurgies du système tégumentaire

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur le système tégumentaire qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède (p. ex. excisions, lésions, tumeurs, kystes, greffes pour brûlures, greffes cutanées, lambeaux libres ou à pédicule et en îlot, dermabrasion, chirurgies plastiques).

Fractures

Fractures des os et des articulations, y compris les luxations.

Chirurgie de la hernie discale

Ablation et fusion de disques intervertébraux, y compris la discectomie.

Arthroplastie — hanche

Remplacement total de la hanche, arthroplastie unipolaire et bipolaire et reprises.

Arthroplastie — genou

Arthroplastie du genou et reprises.

Autres chirurgies du système musculo-squelettique

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur le système musculo-squelettique qui n'ont pas été indiquées dans ce qui précède, y compris les greffes osseuses, l'arthrodèse, les amputations, l'arthrotomie, l'excision d'os, d'articulations, de muscles et de tendons, la reconstruction, la chirurgie orbito-crânienne et la chirurgie instrumentale.

Résection de sous-muqueuse

Septoplastie et résection.

Rhinoplastie

Correction de difformités nasales.

Autres chirurgies du système respiratoire

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur le système respiratoire qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède, y compris les excisions et les réparations.

Pontage ou réparation de l'artère coronaire

Réparation de l'artère coronaire; simple, double, triple pontage (ou plus); endartériectomie coronarienne.

Angioplastie coronaire

Angioplastie coronaire transluminale percutanée.

Électrophysiologie cardiaque

Étude électrophysiologique (complète ou partielle), faisceau de HIS, stimulation atriale, ablation par cathéter, insertion d'un stimulateur cardiaque, d'un défibrillateur ou d'un dispositif d'accès vasculaire, y compris l'insertion d'une électrode permanente par voie endocavitaire et l'implantation, le remplacement et la réparation du stimulateur.

Autres chirurgies du cœur ou du péricarde

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur le cœur et le système péricardique qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède, y compris les chirurgies des valvules et du septum cardiaques, et les transplantations cardiaques.

Varices et réparation des veines

Ligature et éveinage des varices, excluant l'injection des varices; réparation, anastomose et suture des veines.

Endartériectomie de la carotide

Endartériectomie, chémodectome et pontage par greffe de la carotide.

Autres chirurgies cardiovasculaires

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur le système cardiovasculaire qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède.

Appendicectomie

Excision de l'appendice.

Laparotomie

Toute laparotomie pratiquée sous forme chirurgicale.

Vésicule biliaire et voies biliaires

Toutes les cholécystectomies et tout paiement additionnel pour d'autres interventions pratiquées au même moment; ablation de la vésicule biliaire, y compris la cholécystostomie et toutes les interventions pratiquées sur la vésicule biliaire, le canal cholédoque et les voies biliaires; comprend la lithotripsie ou la litholapaxie des voies biliaires ou du canal cholédoque.

Amygdalectomie

Amygdalectomies chez les adultes et les enfants, et les paiements pour les adénoïdectomies pratiquées au même moment.

Hernies

Toutes les formes de chirurgie pour réparer les hernies.

Côlon et intestins (colectomie)

Colectomies totales et hémicolectomies et paiements pour d'autres interventions pratiquées au même moment; ablation chirurgicale partielle ou totale du gros intestin et autre chirurgie de l'intestin, entéro-entérostomie, entérostomie, entérotomie ou cæcostomie; colostomie et colocolostomie; chirurgies du côlon excluant la coloscopie (voir la catégorie 103 du SGN); chirurgies de l'intestin grêle.

Proctotomie, chirurgie rectale et de l'anus et hémorroïdectomie

Exclut les hémorroïdectomies par cryothérapie ou par baguage; comprend la proctotomie, les autres chirurgies de l'anus, du rectum et du prolapsus rectal, et les interventions pratiquées sur le tissu péri-rectal.

Autres chirurgies du système digestif

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur le système digestif qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède; comprend les chirurgies des lèvres, de la bouche, de la gorge (excluant l'amygdalectomie), de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas et du foie, la gastrectomie, la splénectomie, la vagotomie, l'hépatectomie et la transplantation hépatique.

Appareil urinaire

Toutes les interventions sur l'appareil urinaire, y compris la transplantation rénale, la néphrotomie, la néphrectomie ainsi que les chirurgies de la vessie et de l'uretère et les chirurgies liées à l'incontinence à l'effort (hommes ou femmes); comprend toutes les formes de lithotripsie ou de litholapaxie pour retirer des pierres sur les reins ou le segment supérieur de l'uretère.

Chirurgie de la prostate (hommes)

Toutes les formes de chirurgie de la prostate (p. ex. périnéale, suprapubienne, rétropubienne, transpubienne, résection transurétrale).

Vasectomie (hommes)

Ligature unilatérale ou bilatérale.

Autres chirurgies de l'appareil génital masculin

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur le système génital masculin, à l'exception des chirurgies de la prostate et des vasectomies.

Prolapsus de l'appareil génital féminin

Toutes les formes de chirurgie pour réparer les prolapsus de l'appareil génital féminin; comprend la réparation d'une cystocèle ou d'une rectocèle, le prolapsus utérin et l'opération de Le Fort.

Hystérectomie (femmes)

Hystérectomie totale, subtotale, abdominale, vaginale ou élargie.

Stérilisation (femmes)

Toute méthode d'occlusion tubaire, d'interruption ou d'ablation.

Autres chirurgies de l'appareil génital féminin

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur l'appareil génital féminin qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède.

Chirurgie de la cataracte

Toutes les formes de chirurgie de la cataracte, extraction d'un cristallin après déplacement et insertion d'une lentille intraoculaire, lorsqu'elles sont payées, en plus de ce qui précède.

Autres chirurgies des yeux

Toutes les autres chirurgies des yeux non classées comme des chirurgies de la cataracte, y compris la coagulation par rayon lumineux, la photocoagulation et la cryopexie.

Tympanoplastie

Tympanoplastie, myringoplastie, mastoïdotympanectomie et paiements effectués pour d'autres interventions pratiquées au même moment.

Autres chirurgies des oreilles

Toutes les autres chirurgies majeures pratiquées sur les oreilles qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède.

Autres chirurgies majeures

Toutes les autres chirurgies majeures qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède (p. ex. les interventions touchant le système nerveux, les systèmes hématique et lymphatique, le système endocrinien).

8. Chirurgie mineure

Incision d’abcès et autre

Incision d’abcès ou d’hématomes sous anesthésie locale ou générale.

Extraction de corps étrangers

Extraction de corps étrangers sous anesthésie locale ou générale.

Excision de tumeur et autre

Excision de verrue, de papillome, de kératose, de granulome pyogène, de grains de beauté, etc.

Suture de plaie

Réparation, parage et pansement.

Excision d’ongle

Excision ou destruction d’ongles de doigts ou d’orteils.

Chalazion

Simple ou multiple, sous anesthésie locale ou générale.

Myringotomie

Myringotomie unilatérale avec insertion de tubes de ventilation.

Fractures mineures

Fractures avec honoraires inférieurs à 75 $.

Autres chirurgies mineures

Toutes les autres chirurgies mineures qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède.

9. Aide chirurgicale

Tous les services et les paiements pour l’aide chirurgicale.

10. Anesthésie

Blocs nerveux

Toutes les formes de blocs nerveux.

Autre anesthésie

Tous les services et paiements pour l'anesthésie, excluant les blocs nerveux.

11. Services obstétriques

Services au moment de l'accouchement

Présence à l'accouchement ou à la césarienne, réparation des déchirures au troisième degré, des déchirures vaginales ou cervicales, extraction du placenta, prélèvement au niveau du cuir chevelu, monitorage fœtal et déclenchement du travail.

Accouchement (excluant les césariennes)

Accouchement simple et multiple, excluant les césariennes.

Césarienne

L'intervention seulement.

Avortement thérapeutique

Avortements thérapeutiques seulement.

Autres services obstétriques

Fœtoscopie, test de stress, hypertension, transfusion fœtale, toxémie de grossesse, épreuve à l'ocytocine, avortements (rétention fœtale, menace d'avortement, sans dilatation et curetage, extraction menstruelle et avortement spontané), amniocentèse, grossesse ectopique, suture du col utérin incomplet durant la grossesse, inversion utérine et enlèvement d'urgence des points de suture.

12. Services diagnostiques ou thérapeutiques

Unité de soins intensifs ou de réanimation

Services de soins intensifs et de réanimation.

Allergie ou désensibilisation

Tests pour les allergies et la désensibilisation.

Injection ou aspiration d'articulations

Injection ou aspiration d'articulations.

Électrocardiogramme

Services et paiements pour le volet professionnel des électrocardiogrammes et paiements pour le volet technique.

Œsophagoscopie ou gastroscopie

Services et paiements pour ces endoscopies et paiements pour les interventions pratiquées en même temps que l'endoscopie.

Laryngoscopie ou bronchoscopie

Services et paiements pour cette endoscopie et paiements pour les interventions pratiquées en même temps que l'endoscopie.

Coloscopie

Services et paiements pour cette endoscopie et paiements pour les interventions pratiquées en même temps que la coloscopie.

Cystoscopie

Services et paiements pour cette endoscopie et paiements pour les interventions pratiquées en même temps que la cystoscopie.

Sigmoïdoscopie

Services et paiements pour cette endoscopie et paiements pour les interventions pratiquées en même temps que la sigmoïdoscopie.

Autres endoscopies

Toutes les autres endoscopies qui ne sont pas indiquées dans ce qui précède.

Coronarographie

Coronarographie seulement.

Interventions associées à l'imagerie

Radiologie thérapeutique et radio-isotopes.

Dilatation et curetage

Dilatation et curetage et paiements pour les interventions pratiquées au même moment.

Électroencéphalographie

Services et paiements pour le volet professionnel des électrocardiogrammes et paiements pour le volet technique.

Cryothérapie

Toute cryothérapie indiquée dans les tarifs d'honoraires.

Cathétérisme cardiaque

Cathétérisme cardiaque gauche, droit et sélectif.

Biopsie

Toutes les biopsies non chirurgicales.

Autres services diagnostiques ou thérapeutiques

Tous les autres services diagnostiques ou thérapeutiques qui ne sont pas indiqués dans ce qui précède.

13. Services spéciaux

Injections et immunisations

Injections (sous-cutanées, intramusculaires, pour les varices) et immunisations pratiquées régulièrement par le personnel infirmier. Dans certaines provinces et certains territoires, ces interventions sont considérées comme des services distincts tandis qu'ailleurs, elles font partie des honoraires d'une visite. Sont exclues les injections intravasculaires pratiquées par les médecins et les myélogrammes lombaires qui font partie des services diagnostiques ou thérapeutiques.

Test Pap

Comme pour les injections, cette intervention n'est pas toujours considérée comme un service distinct et fait parfois partie des honoraires de visite.

Insertion d'un dispositif intra-utérin

Comme pour les injections, cette intervention n'est pas toujours considérée comme un service distinct et fait parfois partie des honoraires de visite.

14. Services divers

Autres services

Ces services ne sont pas indiqués comme faisant partie des honoraires dans la majorité des provinces et territoires. Ils comprennent notamment les frais pour la rémunération à la vacation et les périodes de disponibilité (définis par un code), les frais de kilométrage, les consultations téléphoniques, les examens à la suite d'une agression sexuelle aux fins d'enquête ou de confirmation, ainsi que d'autres services.

Services non définis

La plupart des provinces et territoires codifient les erreurs ou indiquent les codes qui ne peuvent pas être définis. Cela comprend tous les services qui ne sont pas définis ou ceux qui le sont, mais qui sont payés par les services sociaux, le procureur général, la commission des accidents du travail, etc. Les services associés à la conduite avec facultés affaiblies, aux victimes de viol et aux victimes d'accident du travail constituent quelques exemples.

Annexe E : Ajustement des codes de tarif

Les différences entre les tarifs d'honoraires des provinces et territoires ainsi que les modifications périodiques des définitions, des tarifs et des règles d'évaluation compliquent les calculs comparatifs entre les provinces et territoires. En règle générale, les services de visite et les interventions mineures affichent plus de différences et sont plus difficiles à comparer que les interventions chirurgicales majeures bien établies. Par conséquent, l'ICIS ajuste le nombre de services pour certains types de services, pour les services de visite ainsi que pour les interventions diagnostiques et thérapeutiques, afin d'améliorer la comparabilité des données. Une description de chaque type d'ajustement est fournie ci-dessous.

Ajustement A

Il arrive parfois qu'un service soit facturé à l'aide de plus d'un code de tarif, par exemple lorsque 2 interventions ou plus sont pratiquées au même moment. Pour réduire la double comptabilisation des services, un ajustement de type A est appliqué au code de tarif. Le nombre de services n'est alors pas inclus pour la part additionnelle de l'intervention, mais les paiements sont conservés.

Exemple

Code 1 — pyloroplastie (chirurgie visant à agrandir la partie inférieure de l'estomac afin de pouvoir en vider le contenu dans l'intestin grêle)

Code 2 — avec suture d'ulcère gastroduodénal hémorragique, additionnel

Le nombre de services est retenu uniquement pour le code 1, alors que les paiements sont retenus pour les 2 codes.

Ajustement B

Si certains types de soins (p. ex. réduction d'une fracture) sont facilement comparables, leur définition peut varier considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre. L'ajustement de type B sert à améliorer la comparabilité des services variables, y compris les services de psychothérapie, les visites à l'hôpital, la réanimation, les soins intensifs, les soins prénatals et postnatals, les honoraires de disponibilité et les examens diagnostiques ou thérapeutiques. L'ICIS ajuste le nombre de services en divisant le paiement total pour le code de service par les honoraires calculés pour le service uniformisé. En d'autres termes, l'ICIS examine combien le service a coûté et combien de services uniformisés peuvent être fournis pour ce montant, puis attribue ce nombre de services uniformisés au lieu du nombre initial.

Les critères suivants sont utilisés pour les ajustements de type B :

- Psychothérapie — On présume que la durée moyenne de tous les services de psychothérapie est de 30 minutes et que 4 personnes participent aux séances de thérapie de groupe.
- Test d'immunologie — Étant donné que le nombre de tests d'immunologie et d'hypersensibilité diffère d'une province et d'un territoire à l'autre, l'ICIS ajuste le prix associé aux codes de tests d'immunologie dans les provinces et territoires comme étant le prix de 10 tests.
- Détention — Les services de détention sont rémunérés si un médecin passe beaucoup plus de temps que prévu au traitement d'un patient, au détriment d'autres services. L'ICIS présume que la durée d'un service de détention est de 15 minutes. Le nombre de services est ajusté pour les provinces et territoires qui versent des honoraires pour une demi-heure ou une heure.
- Soins intensifs — La durée d'un service de soins intensifs ou d'un service de soins intensifs journalier est considérée comme étant d'une heure.
- L'ICIS convertit le tarif mensuel en tarif quotidien en supposant qu'il y a 20 jours de travail par mois.

Ajustement C

Cet ajustement est utilisé si un code de tarif est redéfini pendant l'année et que les définitions s'appliquent à des catégories différentes, par exemple si des frais de laboratoire supplémentaires s'appliquent à différentes interventions. L'ajustement permet ainsi de répartir en 2 catégories les services et les paiements pour un code de tarif particulier.

Ajustement D

Cet ajustement est semblable à l'ajustement B, sauf que le nombre de services est révisé selon que les services ont été fournis par un omnipraticien ou par un spécialiste, avec des honoraires différents pour chacun.

Exemple

Type d'honoraires	Omnipraticien	Autre spécialiste
Tarifs d'honoraires	14 $/15 minutes	18 $/15 minutes
Honoraires calculés	56 $/heure	72 $/heure

Ajustement E

Dans plusieurs provinces ou territoires, les médecins peuvent réclamer des primes ou des honoraires supplémentaires pour les visites et les interventions qui ont lieu après les heures de bureau, soit le soir, la nuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés, ou si la visite ou l'intervention sont des urgences. Pour éliminer la double comptabilisation, les services pour ces codes de primes ne sont pas inclus et les paiements sont réalloués à la catégorie principale de visite ou de service.

Exemple

Code 1 — frais supplémentaires pour une consultation

Les frais spéciaux pour les soins après les heures de bureau sont soustraits du nombre de services de la catégorie 1, « Consultations ». On calcule les paiements éliminés en multipliant le nombre de services du code 1 par les honoraires pour une consultation. Dans les rapports de l'ICIS, la catégorie 20, « Après les heures de travail ou urgence », contient les services et les paiements pour le code 1 ainsi que les paiements éliminés de la catégorie 1.

Ajustement F

Le paiement des soins obstétriques peut être fait selon la formule « tout compris » (incluant la rémunération pour l'accouchement ou la césarienne et pour les soins prénatals ou postnatals), ou selon des honoraires pour l'accouchement ou la césarienne seulement, avec des honoraires distincts pour les services prénatals et postnatals. Pour atténuer l'effet de ces changements sur la comparabilité des données entre les provinces et territoires et au fil du temps, les honoraires versés selon la formule « tout compris » sont répartis en visites prénatales et postnatales et accouchements ou césariennes.

Ajustement G

Dans la BDNM, certains codes de tarif peuvent être facturés s'ils sont ajoutés ou associés à d'autres codes de service ou d'intervention. Les codes permettant de facturer un service peuvent être répartis dans un certain nombre de catégories du SGN. Par conséquent, les services et les paiements doivent être répartis proportionnellement dans chaque catégorie du SGN associée à un groupe de codes.

Ajustement H

Certains codes de tarif ne peuvent être facturés que lorsqu'ils sont ajoutés à des codes de tarif précis ou lorsqu'on décrit une application générale sans énumérer de codes de tarif précis. Le code de tarif relatif à l'indice de masse corporelle (IMC) est un exemple d'une telle application générale dans quelques provinces et territoires. Ce code de tarif peut être ajouté au code de tarif de n'importe quelle chirurgie; il est utilisé par les médecins qui ont pratiqué une intervention sur un patient dont l'IMC indique un problème d'obésité ou d'obésité morbide.

Ajustements propres à chaque province ou territoire

Pour différentes raisons, plusieurs autres ajustements sont apportés aux données qui ne s'appliquent pas systématiquement à chaque province ou territoire. Par exemple, les primes pour les visites et les interventions après les heures de travail sont réclamées dans plusieurs provinces ou territoires. Par souci d'uniformité, les montants en dollars de ces primes sont inclus, mais le nombre de services ne l'est pas, ce qui permet d'éviter la double comptabilisation des services.

Ajustement pour visites spéciales

Une visite spéciale consiste à examiner un patient à la suite d'un déplacement effectué pour se rendre auprès de lui. Les services sont habituellement dispensés à l'extérieur d'un hôpital et entamés par une personne autre que le médecin. Il peut s'agir d'une visite à un nouveau patient à la maison, dans un centre de soins infirmiers, une maison de repos ou dans un autre lieu. Une visite à la maison a généralement lieu dans une situation d'urgence ou si elle est rendue nécessaire par l'état du patient.

Dans les provinces de l'Atlantique, au Québec, en Alberta et au Yukon, le code de tarif pour une consultation ou un examen habituel n'est pas le même que celui d'une visite spéciale. En Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, le même code de tarif est utilisé dans les 2 cas, mais des frais supplémentaires et un code distinct sont ajoutés pour les visites spéciales. En Nouvelle-Écosse, par exemple, tous les paiements et les services associés à une visite spéciale font partie de la strate des visites spéciales. En Ontario, par contre, les paiements et les services sont répartis selon qu'il s'agit de consultations ou d'examens, ou encore de visites spéciales. Cet ajustement fait passer les paiements liés aux visites spéciales de la strate des consultations et évaluations à la strate des visites spéciales. Il permet également de supprimer les services qui se trouvent dans la strate des consultations ou des évaluations en raison de visites spéciales.

Annexe F : Texte de remplacement pour les images

Texte de remplacement pour la formule fournie à la page 26

Si le médecin gagne moins que le montant repère inférieur, la valeur ETP est égale au total des paiements qui lui ont été versés, divisé par le montant repère inférieur. Si le médecin gagne un montant égal ou dans les limites du montant repère, la valeur ETP est égale à 1. Si le médecin gagne plus que le montant repère supérieur, la valeur ETP est égale à 1, plus le logarithme népérien du rapport entre les paiements qui lui ont été versés et le montant repère supérieur.

Texte de remplacement pour la figure B1 : Modèle conceptuel concernant les effectifs, l'utilisation et les dépenses

Les facteurs liés à l'effectif (c.-à-d. nombre de médecins et caractéristiques de l'emploi) mènent au facteur lié à l'utilisation des services. La multiplication des services et des honoraires produit les dépenses.

Texte de remplacement pour la figure B2 : Relation entre le revenu et les valeurs ETP

Pour les médecins rémunérés à l'acte dont le revenu est inférieur au montant repère inférieur, la relation est linéaire. Pour les médecins rémunérés à l'acte dont le revenu se situe entre le montant repère inférieur et le montant repère supérieur, la relation est constante et égale à 1. Pour les médecins rémunérés à l'acte dont le revenu est supérieur au montant repère supérieur, la relation est logarithmique.

media@icis.ca

ICIS Ottawa
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

23258-1022