

Table des matières

Historique.....	5
Les tarifs d'honoraires des médecins	6
Changements à la méthodologie	7
Sources et collecte de données	8
Données de la BDNM.....	8
Résultats de l'analyse des tarifs d'honoraires des médecins	9
Type de données : date du service par rapport à la date de paiement.....	9
Type de données : données sur la facturation par rapport aux données sur les paiements ..	10
Modalité de paiement : niveau de couverture de la rémunération à l'acte.....	11
Qualité des données	11
Mesures systématiques de correction d'erreurs et de validation	11
Définitions des données.....	12
Tarifs d'honoraires des médecins.....	12
Province d'exercice	12
Spécialité.....	13
Strates du système de tarifs d'honoraires des médecins (STHM).....	14
Numéro d'identification unique du médecin	16
Calculs	16
Comment les tarifs d'honoraires des médecins sont-ils calculés?	16
Comment les indices sont-ils calculés?	18
Seuil des services et valeurs manquantes.....	18
Pondérations annuelles de l'utilisation.....	19
Profils des strates de spécialité	19
Ajustements des données	23
Tarifs majorés et suppléments.....	23
Ajustements pour tarifs complémentaires	24
Anesthésie	24
Différences dans les préambules des tarifs d'honoraires.....	24
Retenues et récupérations provinciales	24

Limites des données	25
Données exclues.....	25
Services désassurés ou désinscrits.....	25
Chiffres négatifs	26
Attribution des spécialités.....	26
Médecins en imagerie et en pathologie (laboratoire)	27
Respect de la vie privée et confidentialité	27
Numéro d'identification unique du médecin	27
Politique sur l'accès aux données de la BDNM et leur diffusion.....	27
Produits et services.....	28
Annexe A : Catégories de spécialités de la BDNM.....	29
Annexe B : Ajustement des codes de tarif.....	32

Historique

Les tarifs d'honoraires des médecins constituent l'un des indicateurs produits à partir de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). La BDNM renferme des données sur les caractéristiques démographiques et le niveau d'activité des médecins rémunérés à l'acte. Parmi les données sur le niveau d'activité, mentionnons la rémunération totale, le nombre total de services, les paiements moyens par médecin et le nombre de médecins équivalents temps plein. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) travaille avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé à inclure des données sur les activités cliniques rémunérées en vertu d'autres régimes de remboursement (comme les salaires, les contrats et les paiements à la vacation) afin de fournir de l'information exhaustive sur la rémunération totale des médecins au Canada.

La BDNM est utilisée par les gouvernements, les associations professionnelles, les sociétés d'experts-conseils, les chercheurs et les médias pour la planification des ressources humaines en médecine et l'analyse de leur utilisation. La Conférence des sous-ministres de la Santé a approuvé la mise sur pied de la BDNM en 1987 pour donner suite à une recommandation du Comité consultatif des ressources humaines en santé.

Le 1^{er} août 1995, la responsabilité de la BDNM a été transférée de Santé Canada à l'ICIS. Le Groupe consultatif des bases de données sur les médecins — qui comprend des représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, d'associations médicales, de Santé Canada, 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 — conseille l'ICIS sur les questions de qualité des données, de méthodologie et d'élaboration de produits en lien avec la BDNM et la Base de données médicales Scott's (anciennement la Base de données médicales Southam).

Les données sur les tarifs d'honoraires des médecins étaient jusqu'ici publiées sous forme de rapport. Pour faciliter les analyses, les tableaux de données sont maintenant présentés dans un fichier Excel distinct. Le présent document contient uniquement des renseignements méthodologiques.

Les tarifs d'honoraires des médecins

L'indicateur des tarifs d'honoraires des médecins facilite la comparaison des tarifs des médecins entre les provinces. Il permet de comparer 10 groupes de services qui englobent la plupart des services rémunérés à l'acte en vertu du système canadien d'assurance maladie. Les indices de rémunération sont calculés pour la médecine familiale et 16 spécialités. Auparavant, on calculait les résultats pour la médecine familiale et 17 spécialités; depuis les analyses de 2005-2006, les résultats relatifs à l'anesthésie sont supprimés en raison des incertitudes quant à la comparabilité interprovinciale des données, notamment en ce qui concerne le nombre de services. L'ICIS analyse actuellement les moyens de résoudre les problèmes de comparabilité de ces données et prévoit inclure de nouveau l'anesthésie dans les rapports à venir.

L'indicateur des tarifs d'honoraires des médecins permet de normaliser les données sur les dépenses de chaque province en fonction des différences dans les niveaux des honoraires, et ainsi de mesurer les écarts réels dans l'utilisation des services dispensés par les médecins. Les gouvernements provinciaux et les associations médicales utilisent les résultats de l'analyse des tarifs d'honoraires des médecins pour négocier les honoraires médicaux.

Cet indicateur est l'un des 4 indicateurs de rémunération à l'acte produits au moyen des données contenues dans la BDNM de l'ICIS. Les autres indicateurs sont le Système de groupement national (SGN), le paiement moyen par médecin et l'équivalence temps plein.

Les objectifs de l'indicateur des tarifs d'honoraires des médecins, établis par des groupes d'intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux, sont de

- fournir l'information pertinente pour éclairer les négociations sur les honoraires entre les provinces et les associations médicales en comparant les niveaux d'honoraires entre les provinces, de même qu'entre les spécialités au sein même des provinces;
- fournir des indices pour faciliter la normalisation des niveaux provinciaux d'honoraires afin de produire des comparaisons interprovinciales de l'utilisation des services dispensés par les médecins;
- fournir des indices au niveau d'exactitude acceptable (on reconnaît que la précision absolue est rarement atteignable dans les indices agrégatifs de prix);
- fournir un niveau de détail conforme aux objectifs de pertinence et d'exactitude.

L'indicateur ne vise pas à mesurer les changements de prix au fil du temps ni ceux des revenus des médecins. Il ne faut donc pas tenter de comparer les résultats de 2015-2016 à ceux publiés dans les analyses antérieures.

Changements à la méthodologie

En 2010-2011, une équipe d'experts techniques a mené un examen de l'indicateur des tarifs d'honoraires des médecins. Cet examen a été dirigé par les firmes Hay Group Health Care Consulting et Health Intelligence, en collaboration avec un groupe de travail technique et le Groupe consultatif des bases de données sur les médecins de l'ICIS. À la suite de cet examen, l'ICIS a reçu plusieurs recommandations, dont celles de modifier la méthodologie en vue de réduire la fréquence des valeurs manquantes (par le regroupement des services et l'amélioration des règles de démarcation) et de modifier la méthode d'imputation des valeurs lorsque des données sont manquantes.

À la lumière de ces recommandations, les changements suivants ont été apportés à la méthodologie à compter de l'analyse de 2012-2013 :

- **Regroupement des catégories** : Les catégories de certaines strates du SGN ont été regroupées. Ce changement permet d'accroître la probabilité qu'une cellule soit remplie pour l'ensemble des provinces et de réduire la fréquence des valeurs manquantes. Les catégories suivantes ont été regroupées :
 - Consultations et évaluations majeures — Ces catégories sont déclarées comme une seule catégorie, et l'information qu'elles contiennent est maintenant regroupée avant tout calcul.
 - Autres évaluations
- **Imputation des valeurs manquantes** : On a recommandé à l'ICIS de continuer à imputer les valeurs manquantes au niveau des strates du SGN seulement lorsque plus de 100 services sont offerts pour une spécialité. Auparavant, l'ICIS utilisait la moyenne nationale. Il utilise maintenant la *moyenne provinciale*. Cependant, en l'absence d'une moyenne provinciale, il utilise la moyenne nationale.
 - Pour les spécialistes médicaux et chirurgicaux, l'imputation des valeurs manquantes se fait grâce au *coût moyen provincial des spécialistes médicaux et chirurgicaux par service* selon la strate du SGN.
 - S'il est impossible de calculer une valeur propre à une province, il faut utiliser le coût moyen national par service selon la spécialité et la strate du SGN.
 - Pour les médecins de famille, l'ICIS utilise le coût moyen national par service selon la strate du SGN.

Prenez note que les valeurs imputées sont maintenant présentées en italique dans les tableaux.

Sources et collecte de données

Données de la BDNM

Les données proviennent des demandes de remboursement des médecins rémunérés à l'acte acheminées à l'ICIS par les régimes provinciaux d'assurance maladie. Les données sur les demandes de remboursement et les données démographiques connexes des médecins et des patients sont soumises au moyen de 5 fichiers, énumérés dans le tableau 1. Les fichiers sont habituellement soumis dans les 6 mois suivant la fin du trimestre correspondant. Les fichiers qui ne respectent pas les dispositions appropriées définies dans le *Manuel des spécifications pour la soumission des données de la BDNM* sont retournés aux fins de correction et de retransmission.

Tableau 1 Fichiers soumis

Titre	Description
Fichier 25	Fichier des services dentaires et autres services fournis par des professionnels de la santé autres que les médecins (ce fichier n'est pas soumis par toutes les provinces)
Fichier 30	Fichier de facturation réciproque*
Fichier 35	Fichier des profils des médecins
Fichier 50	Fichier d'utilisation (selon le code de tarif, le numéro d'identification unique du médecin [NIUM], le sexe et le groupe d'âge du patient)
Fichier 55	Fichier de changements aux NIUM

Remarque

* Le fichier 30 ne s'applique pas au Québec.

Outre les fichiers de données de la BDNM décrits plus haut, l'ICIS collecte annuellement, à un niveau agrégé ou à l'échelle des médecins, l'information sur les autres modes de paiement à partir d'une variété de sources d'information, incluant les représentants provinciaux membres du Groupe consultatif des bases de données sur les médecins de l'ICIS.

Pour obtenir une description complète de la disposition d'enregistrement de ces fichiers, consultez le *Manuel des spécifications pour la soumission des données de la BDNM* au www.icis.ca. Pour obtenir plus d'information sur la BDNM, y compris les autres modes de paiement, communiquez avec le chef de section, BDNM, ICIS, à medecins@icis.ca.

Résultats de l'analyse des tarifs d'honoraires des médecins

Les résultats de l'analyse des tarifs d'honoraires des médecins sont calculés à partir des données du fichier 50 (fichier d'utilisation) selon le code de tarif, le numéro d'identification unique du médecin (NIUM), le sexe et le groupe d'âge des patients. Ce fichier répertorie les paiements directs versés aux médecins par les régimes provinciaux d'assurance maladie découlant des demandes de rémunération à l'acte. Les services dispensés par les laboratoires et les centres de diagnostics ainsi que les demandes traitées par le système de facturation réciproque ne sont pas compris dans les calculs des tarifs d'honoraires des médecins.

Type de données : date du service par rapport à la date de paiement

Les fichiers de données sur l'utilisation sont soumis en fonction de la date de paiement pour Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba et la Saskatchewan, et en fonction de la date à laquelle le service est offert pour l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Les provinces ayant recours à la formule selon la date du service offert attendent 6 mois ou jusqu'à ce que 98 % des services soient saisis avant de soumettre les fichiers de données aux fins de traitement. Les provinces qui soumettent des données à la BDNM en fonction de la date de paiement transmettent leurs fichiers immédiatement après la fin du trimestre. Consultez le tableau 2 pour obtenir une répartition par province selon le type de soumission des fichiers de données.

Tableau 2 Soumission des fichiers à la BDNM : date du service (DDS) par rapport à la date de paiement (DDP), 2015-2016

Province	Soumission
T.-N.-L.	DDP
Î.-P.-É.	DDS
N.-É.	DDS
N.-B.	DDS
Qc	DDS
Ont.	DDS
Man.	DDP
Sask.	DDP
Alb.	DDS
C.-B.	DDS

Type de données : données sur la facturation par rapport aux données sur les paiements

À l'exception du Québec, toutes les provinces soumettent des données sur les paiements. Les données sur la facturation reflètent le montant total que les médecins ont facturé au régime provincial de services médicaux pour un code de tarif particulier. Les données sur les paiements reflètent ce qui a été réellement payé aux médecins. Le montant payé correspondrait au montant facturé moins les ajustements appliqués, attribuables aux valeurs des seuils atteints, au plafonnement des revenus ou aux dispositions de récupération.

Les données sur les paiements de l'Ontario pour les codes de tarif commençant par la lettre J, X ou Y, et se terminant par la lettre B, étaient exclues de la présente publication par le passé étant donné que ces paiements n'étaient habituellement pas versés directement aux médecins. Depuis 2005-2006, les services et paiements pour ces codes de tarif font partie des calculs des tarifs d'honoraires des médecins.

Modalité de paiement : niveau de couverture de la rémunération à l'acte

L'indicateur des tarifs d'honoraires des médecins repose sur les paiements des médecins rémunérés à l'acte seulement. Plusieurs autres modes de paiement, comme le salaire et la vacation, sont utilisés de façon courante dans les provinces. Les autres formes de remboursement ne sont actuellement pas soumises à la BDNM de façon détaillée et sont donc exclues des statistiques qui figurent dans la présente analyse.

Chaque province décide en collaboration avec son groupe de médecins si un service devrait être remboursé à partir d'un régime de rémunération à l'acte ou d'un autre régime de rémunération. Par conséquent, une province pourrait rembourser un service à partir d'un régime de rémunération à l'acte, tandis qu'une autre pourrait rembourser le même service à partir d'un autre régime de rémunération n'apparaissant pas dans le présent rapport. De plus, les provinces pourraient avoir des façons différentes d'allouer les autres paiements aux médecins. Par exemple, les autres paiements pourraient représenter une part relativement faible du revenu de la plupart des médecins d'une province, tandis que dans une autre province, ils peuvent représenter une part importante du revenu de certains médecins, alors que le revenu d'autres médecins serait surtout composé de paiements en vertu d'un régime de rémunération à l'acte.

Les calculs des tarifs d'honoraires des médecins sont fondés sur la rémunération à l'acte; toutes les autres sources de paiement sont exclues. Parmi les catégories de paiements exclues, mentionnons les salaires et la vacation, les primes de fidélisation en milieu rural, les paiements provenant des indemnités des accidents du travail, les paiements de la régie de l'assurance et les demandes de remboursement pour les orientations vers les sages-femmes.

Qualité des données

Mesures systématiques de correction d'erreurs et de validation

Les fichiers soumis à l'ICIS proviennent des systèmes administratifs des régimes provinciaux d'assurance maladie. Les provinces effectuent la vérification des données avant le traitement des fichiers de la BDNM. 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. Parmi les mesures systématiques de correction d'erreurs et de validation utilisées, mentionnons 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 NIUM dont la disposition n'est pas logique ainsi que la réalisation d'un examen logique des données traitées. Les fichiers non conformes aux mesures systématiques de correction d'erreurs et de validation sont retournés aux provinces afin qu'ils soient corrigés et soumis de nouveau.

De plus, les données sur les tarifs d'honoraires des médecins sont validées par rapport aux données des années antérieures et à celles des rapports annuels de la BDNM de l'ICIS.

Définitions des données

Tarifs d'honoraires des médecins

Les valeurs des données présentées dans les tableaux de données correspondent aux coûts moyens, en dollars, des services dispensés par les médecins dans chacune des 10 provinces. Les estimations des tarifs d'honoraires des médecins reposent sur de simples calculs des coûts par service (le montant total des paiements divisé par le nombre total de services). Ainsi, elles correspondent aux honoraires moyens versés aux médecins pour diverses catégories de services cliniques (ou strates).

Il existe plusieurs différences entre les estimations des tarifs d'honoraires présentées dans les tableaux de données et l'information sur les coûts par service qui se trouve dans le document *Base de données nationale sur les médecins — publication des données*. La différence la plus marquée est l'utilisation, dans les méthodologies des tarifs d'honoraires des médecins, de pondérations nationales pour le calcul des estimations provinciales des tarifs d'honoraires. Vous trouverez des explications sur l'utilisation des pondérations nationales dans la section Calculs qui suit.

Province d'exercice

La province d'exercice correspond au lieu où le médecin est inscrit et reçoit des paiements du régime provincial d'assurance maladie. Des médecins peuvent exercer dans plus d'une province au cours d'un exercice financier donné. Par exemple, un médecin peut déménager d'une province à une autre au cours d'un exercice financier ou dispenser des services dans 2 provinces de façon régulière (p. ex. un médecin offrant des services dans des régions frontalières, comme Ottawa-Gatineau). Cette situation peut occasionner un compte double des médecins, sauf à l'échelle nationale, où le dénombrement des médecins n'est pas basé sur la province d'exercice.

Spécialité

La désignation des spécialités des médecins est attribuée par les régimes provinciaux d'assurance maladie et ces spécialités sont regroupées dans la BDNM sous un équivalent national. Parmi les 2 spécialités, soit l'accréditation la plus récente et la spécialité inscrite dans le régime de paiement, la seconde a été utilisée pour les besoins de la présente analyse.

La médecine interne englobe des sous-spécialités comme la cardiologie, la gastroentérologie, l'hématologie, la rhumatologie et l'oncologie médicale. Les données sur la cardiologie et la gastroentérologie, 2 sous-spécialités de la médecine interne répertoriées dans cette même catégorie, seront déclarées à compter de cette année. La psychiatrie comprend la neuropsychiatrie. Les spécialistes en ophtalmologie/oto-rhino-laryngologie sont regroupés avec les ophtalmologistes.

Dans certains cas, les provinces ont leur propre façon de grouper les spécialistes. En voici des exemples :

- En Nouvelle-Écosse, au Québec et en Colombie-Britannique, les données sur les spécialistes en santé publique sont déclarées sous la catégorie de 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 selon leurs spécialités respectives. Dans les autres provinces, ils sont regroupés sous la catégorie de la médecine familiale.

Pour obtenir une liste complète des désignations des spécialités et leurs regroupements, consultez l'annexe A.

Les tableaux de données présentent les indices pondérés de rémunération pour la médecine familiale et 16 spécialités (tableau 3). Toutes les spécialités — à l'exception de l'anesthésie, de l'imagerie et de la pathologie — sont incluses.

Tableau 3 Spécialités incluses dans l'indicateur des tarifs d'honoraires des médecins

Médecine familiale	Spécialités médicales	Spécialités chirurgicales
Médecine familiale	Médecine interne <i>Cardiologie</i> <i>Gastroentérologie</i> Neurologie Psychiatrie Pédiatrie Dermatologie Physiatrie Anesthésie	Chirurgie générale Chirurgie thoracique, cardiovasculaire Urologie Chirurgie orthopédique Chirurgie plastique Neurochirurgie Ophtalmologie Oto-rhino-laryngologie Obstétrique et gynécologie

Strates du système de tarifs d'honoraires des médecins (STHM)

Les tarifs d'honoraires sont calculés pour 96 catégories de services, le cas échéant (pour plus de renseignements, consultez la section Profils des strates de spécialité). Les catégories du SGN sont agrégées en 10 groupements logiques de services (strates) aux fins de présentation de l'information (tableau 4). Les catégories et les strates de services sont définies par le SGN utilisé dans la BDNM. Pour en savoir davantage au sujet des catégories du SGN, consultez le document *Base de données nationale sur les médecins — publication des données*.

Tableau 4 Strates du STHM

Services de visites	Autres services
Consultations et évaluations majeures	Chirurgie majeure
Autres évaluations	Chirurgie mineure
Jours de soins hospitaliers	Anesthésie
Visites spéciales	Services obstétriques
Psychothérapie et counseling	Services diagnostiques et thérapeutiques

Consultations et évaluations majeures

Consultations demandées par d'autres médecins et évaluations complètes (y compris examens de la vue). Dans certaines provinces, les spécialités chirurgicales n'ont pas de tarifs d'honoraires pour les consultations ou les évaluations majeures. Par conséquent, ces services sont regroupés en une strate pour les comparaisons de prix. Étant donné que les provinces ne sont pas toutes en mesure de fournir des données sur le lieu de prestation des services dans leur soumission à la BDNM, ces 2 strates du SGN sont regroupées sur une même ligne avant la réalisation de tout calcul des tarifs d'honoraires.

Autres évaluations

Visites au cabinet, visites des patients hospitalisés ou visites en consultation externe à l'hôpital qui ne sont pas payées au taux quotidien. Les frais de surveillance sont également inclus. Étant donné que les provinces ne sont pas toutes en mesure de fournir des données sur le lieu de prestation des services dans leur soumission à la BDNM, ces catégories sont regroupées sur une même ligne avant la réalisation de tout calcul des tarifs d'honoraires.

Jours de soins hospitaliers

Soins quotidiens dispensés aux patients hospitalisés, normalement facturés à un taux quotidien de visites, mais dont le taux varie souvent en fonction de la durée du séjour (p. ex. un taux moins élevé est souvent appliqué après un mois d'hospitalisation).

Visites spéciales

Visites à l'urgence et visites à domicile ou en milieu institutionnel payées à un taux majoré.

Psychothérapie et counseling

Psychothérapie individuelle ou de groupe et services de counseling. Les tarifs d'honoraires sont calculés pour les services d'une durée d'une demi-heure.

Chirurgie majeure

En 1988, les services ont été répartis en 2 catégories, la chirurgie majeure et la chirurgie mineure, basées sur des frais minimaux de 75 \$ selon le tarif d'honoraires de l'Ontario de la même année. Dans les années subséquentes, de nouvelles interventions chirurgicales ont été classées comme majeures ou mineures selon leurs classifications dans les tarifs d'honoraires provinciaux.

Chirurgie mineure

Voir la définition de chirurgie majeure ci-dessus.

Anesthésie

Depuis 2005-2006, les résultats relatifs aux frais d'anesthésie pour les chirurgies majeures et mineures et pour les services diagnostiques et thérapeutiques sont supprimés en raison des incertitudes quant à la comparabilité interprovinciale des données, notamment en ce qui concerne le nombre de services. Il est prévu que ces données seront fournies dans de prochaines analyses.

Services obstétricaux

Accouchements normaux et par césarienne; avortements thérapeutiques et services à la mère à l'hôpital au moment de l'accouchement (p. ex. déclenchement du travail et réparation des lacérations).

Services diagnostiques et thérapeutiques

Actes de nature diagnostique comme les tests d'immunologie et les électrocardiogrammes (ECG), ainsi que les services, tels que la colonoscopie, qui sont utilisés à la fois à des fins thérapeutiques et diagnostiques.

Numéro d'identification unique du médecin

Identificateur unique créé par la province à l'aide de composantes provenant du prénom et du nom de famille du médecin (brouillés au moyen d'un algorithme), de sa date de naissance, de son sexe et de l'endroit d'obtention de son doctorat en médecine (M.D.).

Calculs

Comment les tarifs d'honoraires des médecins sont-ils calculés?

Les tarifs d'honoraires des médecins fournissent un moyen de comparer le coût relatif par service entre les provinces; ainsi, si chaque spécialité médicale au pays offrait le même éventail de services, en quoi le coût de chaque spécialité dans chacune des provinces différerait-il de la moyenne nationale?

Le calcul des tarifs d'honoraires des médecins est basé sur la somme des paiements et services ajustés pour chaque groupe de services (code du SGN) et chaque spécialité nationale pour une province et une année données soumis au SGN de la BDNM. (Pour de plus amples renseignements sur les paiements ajustés, consultez la section Ajustements des données; pour plus de détails sur le SGN, lisez le rapport de l'ICIS *Base de données nationale sur les médecins — publication des données*.) Les taux d'honoraires présentés dans les tableaux de données de 2015-2016 sur les tarifs d'honoraires des médecins sont calculés comme suit :

Calcul des coûts moyens par service. Les coûts moyens par service d'une spécialité et d'un groupe donnés sont calculés pour une province donnée. Ils correspondent au prix moyen calculé comme étant la somme des paiements divisée par la somme des services.

Les tarifs d'honoraires moyens sont calculés à l'aide de la formule suivante :

$$cb_i = e_i \div q_i$$

où cb_i est le tarif d'honoraires moyen pour la catégorie i ; et e et q sont les dépenses et la quantité de services, respectivement.

Calcul des pondérations nationales. Les pondérations nationales représentent les totaux des services, additionnés pour chacune des 10 provinces, par spécialité et strate. Si aucun service n'est répertorié pour un exercice financier, une province ou une combinaison de spécialités et de strates en particulier, la valeur des services nationaux est remplacée par zéro. Les strates utilisées dans le présent rapport diffèrent légèrement des strates du SGN (pour les définitions des strates utilisées dans le présent rapport, voir la section Strates du système de tarifs d'honoraires des médecins (STHM) ci-dessus).

Application des pondérations nationales aux coûts par service. On applique les pondérations nationales aux coûts par service afin de calculer une moyenne pondérée des coûts par service d'une province (tarif d'honoraires) pour toute la strate. Ces résultats peuvent être interprétés comme les coûts moyens par service pour une spécialité et une strate données qu'une province aurait si la répartition des services dans les groupes de services et la strate correspondait à la moyenne nationale.

Calcul des tarifs d'honoraires d'une strate. On calcule ensuite les tarifs d'honoraires des 10 strates définies pour chaque province en divisant la somme des résultats obtenus à l'étape précédente par le nombre total de services. Pour chaque strate, le tarif d'honoraires médian représente le point milieu des taux d'honoraires provinciaux.

Les tarifs d'honoraires de la strate sont calculés à l'aide de la formule suivante :

$$sb_j = \frac{\sum_i (cb_i \times wq_i)}{\sum_i wq_i}$$

où sb_j est le tarif d'honoraire d'une strate;

cb_i est le tarif d'honoraire obtenu à partir de l'équation précédente pour chaque groupe de services; et wq_i est le nombre total de services pour chaque groupe de services dans le système de pondération désigné par w .

Dans le cas des strates qui ne sont associées à aucun service, la valeur des strates est imputée en fonction de la spécialité :

- Pour les spécialistes, elles sont imputées à l'aide de la valeur moyenne de la strate des spécialistes médicaux et chirurgicaux. S'il est impossible de calculer une valeur propre à une province, on utilise alors la valeur des strates moyennes nationales.
- Pour les médecins de famille, on utilise la valeur des strates moyennes nationales.

Calcul des tarifs d'honoraires sommaires. On obtient le tarif d'honoraires des catégories Tous les services, Toutes les visites et Tous les autres services pour une spécialité en multipliant les tarifs d'honoraires de la strate par le nombre de services. La somme du résultat est ensuite divisée par le total des services.

Le tarif d'honoraires de la catégorie Tous les services est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$Asb = \frac{\sum_j (sb_j \times sq_j)}{\sum_j sq_j}$$

où Asb est le tarif d'honoraires de Tous les services;

sb_j est le tarif d'honoraires de la strate obtenu à partir de l'équation précédente; et

sq_j est le nombre total de services nationaux dans la strate, tel que calculé dans le dénominateur à l'équation précédente.

Calcul des tarifs d'honoraires sommaires pour toutes les spécialités médicales, toutes les spécialités chirurgicales et l'ensemble des médecins. Les tarifs d'honoraires pour toutes les spécialités médicales, toutes les spécialités chirurgicales et l'ensemble des médecins sont calculés comme décrit ci-dessus, à la différence que les paiements et services sont calculés pour le groupe de médecins approprié.

Comment les indices sont-ils calculés?

L'indice de tous les services est le niveau le plus élevé de comparaison des prix dans l'analyse des tarifs d'honoraires des médecins. Il permet la comparaison des tarifs d'honoraires de la strate par spécialité, d'une province à l'autre. L'indice de tous les services est une moyenne pondérée nationale des tarifs d'honoraires de la strate calculés à la section précédente. Il permet de calculer une valeur provinciale par spécialité. On obtient les indices de tous les services propres à une province en divisant le tarif d'honoraires de chaque province pour la catégorie Tous les services par le tarif d'honoraires médian pour la catégorie Tous les services dans les 10 provinces, puis en multipliant le résultat par 100. Les indices de tous les services sont calculés pour chaque spécialité, pour toutes les spécialités médicales combinées, toutes les spécialités chirurgicales combinées et l'ensemble des médecins.

Seuil des services et valeurs manquantes

L'indicateur des tarifs d'honoraires des médecins est calculé pour toutes les catégories ayant au moins 100 services. S'il y a moins de 100 services pour une spécialité dans une province, ou encore aucune utilisation, la catégorie n'est pas utilisée dans le calcul des tarifs d'honoraires de la strate pour cette spécialité et cette province. Le seuil de 100 services aide à prévenir les erreurs de données ou les valeurs inhabituelles qui peuvent avoir un effet de distorsion lorsqu'elles sont multipliées par les pondérations de l'ensemble des provinces pour le calcul des prix d'une strate.

Une strate peut être absente pour une spécialité précise dans une province, mais présente dans les pondérations de l'ensemble des provinces pour cette spécialité. Dans ce cas, la valeur des strates est imputée en fonction de la spécialité :

- Pour les spécialistes, les valeurs sont imputées à l'aide de la valeur moyenne de la strate des spécialistes médicaux et chirurgicaux. S'il est impossible de calculer une valeur propre à une province, on utilise alors la valeur moyenne de la strate nationale.
- Pour les médecins de famille, on utilise la valeur moyenne de la strate nationale.

Les pondérations de l'ensemble des provinces pour de telles combinaisons de strates et spécialités ne représentent normalement qu'une faible proportion des services dispensés par spécialité. Les tarifs d'honoraires imputés pour les strates manquantes sont en italique dans les tableaux de données. Si une spécialité n'existe pas dans une province, aucun tarif d'honoraires n'est calculé pour cette province et cette spécialité. Les comparaisons entre les provinces sont basées sur les provinces où la spécialité est pratiquée.

Pondérations annuelles de l'utilisation

Le système de pondération des tarifs d'honoraires est basé sur les services dispensés au cours d'un exercice financier pour lequel les taux sont calculés. Le système de pondération change d'un exercice à l'autre. Les pondérations varient en raison de la combinaison changeante des services dispensés par les médecins dans une spécialité et de l'utilisation des spécialités dans le cas des tarifs d'honoraires pour toutes les spécialités. Par conséquent, les indices du STHM ne sont pas appropriés pour mesurer les changements de prix au fil du temps.

Profils des strates de spécialité

Les tarifs sont calculés pour toutes les strates normalement réclamées par chaque spécialité. Les combinaisons de spécialités et de strates en vigueur sont présentées au tableau 5. Les services pour des strates qui ne sont normalement pas réclamées par certaines spécialités apparaissent parfois dans la base de données à cause de caractéristiques de pratique uniques à une minorité de provinces ou à des médecins individuels. Ces combinaisons inappropriées de spécialités et de strates sont exclues.

Tableau 5 Combinaisons de spécialités et de strates utilisées dans le calcul des tarifs d'honoraires

A Médecine familiale et spécialités médicales

Strate	Médecine familiale	Médecine interne	Neurologie	Psychiatrie	Pédiatrie	Dermatologie	Physiatrie	Anesthésie*	Toutes les spécialités médicales
Consultations et évaluations majeures	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Autres évaluations	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Jours de soins hospitaliers	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Visites spéciales	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui
Psychothérapie et counseling	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui
Chirurgie majeure	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Chirurgie mineure	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui
Anesthésie*	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Services obstétricaux	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Services diagnostiques et thérapeutiques	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui

B Spécialités chirurgicales

Strate	Chirurgie générale	Chirurgie thoracique/ cardio-vasculaire	Urologie	Chirurgie orthopédique	Chirurgie plastique	Neuro-chirurgie	Ophtalmologie	Oto-rhino-laryngologie	Obstétrique et gynécologie	Toutes les spécialités chirurgicales
Consultations et évaluations majeures	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Autres évaluations	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Jours de soins hospitaliers	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Visites spéciales	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Psychothérapie et counseling	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Chirurgie majeure	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Chirurgie mineure	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Anesthésie*	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Services obstétriques	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
Services diagnostiques et thérapeutiques	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Remarque

* Les services d'anesthésie et les spécialistes d'anesthésie ont été exclus.

Le tableau 6 présente 4 types d'information de base : les estimations des tarifs d'honoraires d'une strate (THS), les tarifs d'honoraires médians (THM), les pondérations nationales (PN) et les valeurs de l'indice de tous les services (ITS).

Tableau 6 Tarifs d'honoraires pondérés à l'échelle nationale, médianes et pondérations nationales, selon la spécialité, la strate et la province, 2015-2016 — groupe de médecins

Strate	Province										Médiane	Pondération nationale (000)	
	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.			
Consultations et évaluations majeures	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Autres évaluations	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Jours de soins hospitaliers	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Visites spéciales	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Psychothérapie et counseling	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Toutes les visites	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Chirurgie majeure	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Chirurgie mineure	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Anesthésie	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Services obstétriques	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Services diagnostiques et thérapeutiques	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Tous les autres services	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Tous les services	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THS	THM	PN
Indice de tous les services	ITS	ITS	ITS	ITS	ITS	ITS	ITS	ITS	ITS	ITS	ITS	—	—

Remarque

— Sans objet.

Tarifs d'honoraires d'une strate : Les THS décrivent les coûts moyens, en dollars, des services dispensés par les médecins dans chacune des 10 provinces pour divers domaines ou « strates » de services cliniques et pour les catégories Toutes les visites, Tous les autres services et Tous les services.

Tarifs d'honoraires médians : Les THM de chaque strate représentent le point milieu des tarifs d'honoraires de chaque province. Les valeurs des THM sont dérivées de l'ensemble des valeurs des taux d'honoraires de chaque province qui se trouvent à gauche de la colonne Médiane. Il faut toutefois faire attention : des erreurs résultant de l'arrondissement des chiffres peuvent causer de légères différences d'une année de déclaration à l'autre.

Pondérations nationales : Les valeurs de PN représentent le nombre total de services au sein du domaine ou de la strate de services cliniques à l'échelle des 10 provinces, qui correspond à la ligne de données décrites dans le tableau. Les PN qui se trouvent dans les tableaux servent à calculer les tarifs d'honoraires provinciaux pondérés à l'échelle nationale pour Toutes les visites, Tous les autres services et Tous les services.

Indice de tous les services : On calcule les valeurs par province de l'ITS en divisant le tarif d'honoraires de Tous les services de chaque province par le tarif d'honoraires médian de Tous les services à l'échelle des 10 provinces, puis en multipliant le résultat par 100. Il faut toutefois faire attention : des erreurs résultant de l'arrondissement des chiffres peuvent causer de légères différences d'un tableau à l'autre.

Ajustements des données

Des ajustements sont apportés dans le calcul des dépenses ou des services pour certaines catégories et spécialités. Ils visent à améliorer la comparabilité interprovinciale et sont décrits en détail à l'annexe B. Il importe de tenir compte des situations suivantes dans l'interprétation des tarifs pour des strates précises.

Tarifs majorés et suppléments

Les tarifs majorés et les suppléments pour les visites en dehors des heures normales de travail sont normalement inclus dans la strate Visites spéciales. On apporte des ajustements dans le SGN pour obtenir le montant total pour des services payés à un tarif majoré. Par exemple, si un tarif majoré pour une consultation est marqué d'un code distinct dans la grille tarifaire, une consultation sera soustraite de la strate Consultations et évaluations majeures et sa valeur sera ajoutée à la strate Visites spéciales, et ce, pour chaque consultation payée à tarif majoré. Les tarifs majorés pour les interventions chirurgicales sont ajoutés au montant payé pour l'intervention.

Ajustements pour tarifs complémentaires

Certaines provinces permettent aux médecins de réclamer plus d'un tarif pour certains types de visites (comme un tarif d'évaluation avec une intervention chirurgicale). Ces situations sont traitées comme des services distincts dans le STHM. La possibilité de réclamer des services supplémentaires en plus d'une visite ou d'une intervention est considérée comme une question de préambule et non de prix dans le STHM (voir la section Différences dans les préambules des tarifs d'honoraires ci-dessous).

Anesthésie

Les taux pour l'anesthésie sont basés sur les paiements moyens pour les services d'anesthésie dans les strates Chirurgie majeure, Chirurgie mineure et Services diagnostiques et thérapeutiques. Depuis 2005-2006, les résultats relatifs à l'anesthésie sont supprimés en raison des incertitudes quant à la comparabilité interprovinciale des données, notamment en ce qui concerne le nombre de services. Il est prévu que ces données seront fournies à l'avenir.

Différences dans les préambules des tarifs d'honoraires

Certaines grilles tarifaires provinciales contiennent des préambules qui exposent en détail les règles de facturation, souvent sujettes aux négociations entre les gouvernements et les associations médicales. Certaines règles de préambule peuvent limiter la fréquence de services précis ou les conditions en vertu desquelles les services sont payables ou non. La mesure des effets de toutes les règles de préambule sur les niveaux moyens de remboursement va au-delà du cadre de la présente analyse.

Retenues et récupérations provinciales

Dans les années 1990, certaines provinces ont mis en œuvre des retenues et des récupérations pour s'assurer que les paiements versés aux médecins restent dans les limites des budgets globaux. Les données soumises par la plupart des provinces tiennent compte des effets de ces ajustements temporaires et les tarifs du STHM reflètent les montants effectivement payés.

Limites des données

Compte tenu des variations provinciales quant au rôle de la rémunération à l'acte dans la rémunération des médecins, il faut être prudent dans la comparaison des tarifs d'honoraires d'une province à l'autre.

Données exclues

Les services médicaux couverts par des tiers, tels que l'assurance hospitalisation et l'indemnisation des victimes d'accidents du travail, ne sont pas compris dans le présent rapport. Certaines catégories de personnes (représentant moins de 1 % de la population totale) sont également exclues, notamment le personnel des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux qui sont couverts par d'autres programmes publics.

Certains paiements effectués directement par les patients sont également omis; par exemple, les montants excédant les honoraires des médecins ou la surfacturation des médecins et les coûts de la chirurgie plastique pratiquée à des fins esthétiques.

Les données ne tiennent pas compte des paiements effectués au moyen du système de facturation réciproque ou des montants versés aux médecins résidant hors de la province ou du pays qui ne participent pas au programme de facturation réciproque, par exemple ceux du Québec et des États-Unis.

Services désassurés ou désinscrits

Certains services pouvant varier d'une province ou d'une année à l'autre ont été désassurés ou désinscrits. Leur incidence pourrait expliquer les légères fluctuations observées au fil des ans ou les différences mineures entre les provinces. Pour obtenir plus d'information sur les services désassurés ou désinscrits, communiquez avec le chef de section, BDNM, ICIS, à medecins@icis.ca.

Services désassurés

Il s'agit de services qui ont déjà été considérés comme des services assurés (c.-à-d. couverts par le régime provincial d'assurance maladie), mais qui ne le sont plus.

Services désinscrits

Il s'agit de services qui comportaient auparavant un code de tarif individuel, mais qui sont maintenant compris dans un autre code de tarif.

Chiffres négatifs

Des chiffres négatifs pourraient figurer dans les tableaux de données en raison des ajustements apportés aux données par l'ICIS ou des valeurs négatives soumises à l'ICIS. Les ajustements de l'ICIS visent à améliorer la comparabilité entre les provinces, mais ils peuvent entraîner des valeurs négatives. Les valeurs négatives soumises à l'ICIS par les fournisseurs de données peuvent découler des ajustements apportés en raison des demandes de remboursement rétroactives, des recouvrements de paiements ou d'autres méthodes comptables utilisées dans les systèmes administratifs de rémunération.

Attribution des spécialités

Les provinces doivent fournir 2 types d'information sur les spécialités pour les fichiers de la BDNM, soit l'accréditation la plus récente et la spécialité inscrite dans le régime de paiement. Dans le premier cas, la désignation la plus récente est celle 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. Dans le second cas, la spécialité inscrite dans le régime de paiement n'est pas nécessairement différente de l'accréditation la plus récente et devrait refléter le domaine de spécialité dans lequel le médecin fournit la majorité de ses services. L'ensemble des provinces déclarent la spécialité établie par le régime de paiement et — sauf Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard — l'accréditation la plus récente.

On attribue à un médecin ayant exercé plus d'une spécialité au cours d'un exercice financier la spécialité lui ayant permis d'obtenir la plupart de ses revenus.

Les statistiques sur les catégories du SGN de l'ICIS peuvent différer des statistiques provinciales, car les spécialités ne sont pas regroupées partout de la même façon. Par exemple, l'ICIS regroupe la neuropsychiatrie avec la psychiatrie tandis qu'au Québec, on la rattache à la neurologie. L'ICIS englobe l'électromyographie avec la physiothérapie, ce qui n'est pas le cas au Québec. Chacune des sous-spécialités regroupées sous la spécialité de la médecine interne à l'ICIS est rapportée séparément dans le rapport sur les statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les catégories de spécialités à l'ICIS sont énumérées à l'annexe A.

Médecins en imagerie et en pathologie (laboratoire)

Les radiologistes, les pathologistes ainsi que les directeurs de laboratoire sont exclus de la présente analyse. Les paiements effectués dans le cas des services d'imagerie et de laboratoire dispensés par un médecin qui n'est ni un radiologiste, ni un pathologiste, ni un directeur de laboratoire sont inclus. L'omission de ces paiements dans toutes les provinces améliore la comparabilité des données.

Respect de la vie privée et confidentialité

L'ICIS applique diverses mesures de protection afin de protéger la confidentialité des données sur les médecins.

Numéro d'identification unique du médecin

Le nom des médecins n'est pas utilisé dans les fichiers provinciaux. La province génère plutôt un NIUM à partir d'éléments du nom du médecin, de sa date de naissance, de son sexe et de l'endroit d'obtention de son diplôme. La partie nominale du NIUM est brouillée à l'aide d'un algorithme connu uniquement des provinces. Cet algorithme est le même pour toutes les provinces. Le NIUM permet de protéger la vie privée et l'anonymat du médecin et d'assurer un suivi du cheminement professionnel du médecin au Canada.

Politique sur l'accès aux données de la BDNM et leur diffusion

L'ICIS a mis en place une série de directives afin de préserver la confidentialité des données qu'il reçoit. Vous pouvez accéder au 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* au www.icis.ca. Conformément à ces directives, l'ICIS empêche la divulgation indirecte d'information en supprimant des cellules comprenant des valeurs de 1 à 4. Ces politiques garantissent la protection des renseignements personnels de l'ensemble du personnel de santé et de leurs patients.

Produits et services

Il existe 3 types de produits issus de la BDNM — les demandes spéciales, les publications et les projets spéciaux. Les demandes spéciales sont généralement de courtes requêtes qui ne nécessitent pas de ressources importantes en matière de programmation. Parmi les demandes spéciales les plus courantes, mentionnons le compte de services et les sommes en dollars pour des codes de tarif ou des interventions en particulier. La plupart des demandes spéciales sont traitables au moyen des rapports standard préparés annuellement.

Les publications suivantes, entre autres, sont actuellement offertes :

- *Les médecins au Canada : rapport sommaire*
- *Base de données nationale sur les médecins — publication des données*

Pour obtenir de l'information sur les années des publications et sur les périodes couvertes par ces rapports, visitez le www.icis.ca.

Les projets spéciaux nécessitent une planification et l'affectation de ressources supplémentaires. Pour connaître les coûts afférents à ces produits et services, communiquez avec le chef de section, BDNM, ICIS, à medecins@icis.ca.

Annexe A : Catégories de spécialités de 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 Gastro-entérologie
- 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/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 thoracique/cardiovasculaire

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

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 : 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 gastroduodéal 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.
- Tests 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

Rémunération à l'acte		Honoraires calculés	
Omnipraticien	14 \$/15 minutes	Omnipraticien	56 \$/heure
Autre spécialiste	18 \$/15 minutes	Autre spécialiste	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 obstétricaux 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 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.

Au Québec, dans les provinces de l'Atlantique, 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.