

RAPPORT DE VOTRE OFFRE DE SERVICES EN ÉTABLISSEMENT ET HORS ÉTABLISSEMENT (ROSEH)

Guide explicatif
En cours d'élaboration

2018-06-18

Table des matières

1	LE RAPPORT DE VOTRE OFFRE DE SERVICES EN ÉTABLISSEMENT ET HORS ÉTABLISSEMENT (ROSEH).....	5
1.1	Rapport annuel produit trimestriellement	5
1.2	Particularités	6
2	ACTIVITÉS D'INSCRIPTION	6
2.1	SUIVI DE VOTRE PATIENTÈLE INSCRITE.....	7
2.2	RÉPARTITION DÉMOGRAPHIQUE SELON L'ÂGE ET LA VULNÉRABILITÉ.....	14
2.2.1	Votre patientèle inscrite	14
2.2.2	La population de votre territoire.....	15
2.3	PORTRAIT DE CONSOMMATION DE SOINS DE VOS PATIENTS INSCRITS DURANT LA PÉRIODE	15
3	ACTIVITÉS EN ÉTABLISSEMENT (EN CHSGS, EN CHSLD, EN CLSC et AUTRES SECTEURS EN ÉTABLISSEMENT) (en cours d'élaboration).....	18
3.1	Généralités.....	18
3.1.1	Rémunération du médecin hors Québec	18
3.1.2	Rémunération selon le mode de l'acte (à venir)	18
3.1.3	Rémunération selon le mode mixte	18
3.1.4	Rémunération selon le mode de facturation à tarif horaire ou à honoraires fixes.....	18
3.1.5	Garde sur place et garde en disponibilité	19
3.2	MODALITÉS DE RECONNAISSANCE SPÉCIFIQUES SELON LES SECTEURS (en cours d'élaboration)	20
3.2.1	Santé publique (en cours d'élaboration).....	20
3.2.2	Chef du département régional de médecine générale (DRMG) (en cours d'élaboration)	20
3.2.3	Chef de département (en cours d'élaboration)	20
3.2.4	Déplacement (en cours d'élaboration)	20
3.2.5	Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ) (en cours d'élaboration)	20
3.2.6	CNESST (en cours d'élaboration)	20
3.2.7	Centres de détention (en cours d'élaboration).....	20
3.2.8	CHSGS – Obstétrique (en cours d'élaboration)	20
3.2.9	CHSGS – Planning-sexualité (en cours d'élaboration).....	20
3.2.10	CHSGS – Vasectomie (en cours d'élaboration).....	20

3.2.11	CHSGS – Interruption volontaire de grossesse (en cours d’élaboration).....	20
3.2.12	CHSGS – Urgence (en cours d’élaboration)	20
3.2.13	CHSGS – Département de toxicologie et alcoologie, médecine de jour (en cours d’élaboration)	20
3.2.14	CHSGS – Unité de soins palliatifs (en cours d’élaboration).....	20
3.2.15	CHSGS – Clinique externe (en cours d’élaboration)	20
3.2.16	CHSGS – Département de gériatrie et unité de réadaptation (en cours d’élaboration)	20
3.2.17	CHSGS – Unité de soins généraux et spécialisés (en cours d’élaboration)	20
3.2.18	CHSGS – Unité de soins intensifs ou de soins coronariens (en cours d’élaboration)	20
3.2.19	CHSGS – Unité de décision clinique (en cours d’élaboration).....	20
3.2.20	CHSGS – Département de psychiatrie (en cours d’élaboration)	20
3.2.21	CLSC – Interruptions volontaires de grossesse (en cours d’élaboration)	20
3.2.22	CLSC – Soins palliatifs à domicile (en cours d’élaboration).....	20
3.2.23	CLSC – Cliniques d’itinérance (en cours d’élaboration)	20
3.2.24	CLSC – Santé mentale (en cours d’élaboration)	20
3.2.25	CLSC – Toxicomanie (en cours d’élaboration)	20
3.2.26	CLSC – Vasectomie (en cours d’élaboration).....	20
3.2.27	CLSC – Centre antipoison (en cours d’élaboration).....	20
3.2.28	CLSC – Pédiatrie sociale (en cours d’élaboration)	20
3.2.29	CLSC – Urgence (en cours d’élaboration)	21
3.2.30	CLSC – Nord-du-Québec (en cours d’élaboration)	21
3.2.31	Services de laboratoire en établissement (en cours d’élaboration)	21
3.2.32	CHSLD – Public (en cours d’élaboration)	21
3.2.33	CHSLD – Privé (en cours d’élaboration).....	21
3.2.34	Centres de réadaptation (en cours d’élaboration).....	21
3.2.35	GMF-R (en cours d’élaboration)	21
3.2.36	Services préhospitaliers d’urgence (en cours d’élaboration).....	21
3.2.37	Activités administratives (en cours d’élaboration)	21
3.2.38	CIUSSS (en cours d’élaboration)	21
3.2.39	Urgences-santé (en cours d’élaboration)	21
4	AUTRES ACTIVITÉS EXEMPTÉES (en cours d’élaboration).....	22
4.1	ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES HORS ÉTABLISSEMENT (en cours d’élaboration).....	22

4.1.1	Interruption volontaire de grossesse (en cours d'élaboration)	22
4.1.2	Clinique de santé de la femme (en cours d'élaboration)	22
4.1.3	Vasectomie (en cours d'élaboration)	22
4.1.4	Activités médico-administratives (nd).....	22
4.1.5	Activités à l'échelon fédéral (nd).....	22
4.1.6	Aide médicale à mourir (en cours d'élaboration)	22
4.1.7	Évaluation psychiatrique (en cours d'élaboration)	22
4.1.8	Médecin responsable d'un GMF (en cours d'élaboration)	22
4.1.9	Médecin responsable d'un GMF-R (en cours d'élaboration)	22
4.1.10	GMF-R (en cours d'élaboration)	22
4.2	SITUATIONS PARTICULIÈRES (en cours d'élaboration)	22
4.3	TOTAL DES AUTRES ACTIVITÉS (en cours d'élaboration)	23
5	TOTAL DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE	24

1 LE RAPPORT DE VOTRE OFFRE DE SERVICES EN ÉTABLISSEMENT ET HORS ÉTABLISSEMENT (ROSEH)

La Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a produit le *Rapport de votre offre de services en établissement et hors établissement* (ROSEH), vous permettant d'être informé sur les données qui reflètent votre pratique auprès de votre patientèle inscrite et l'ensemble de vos activités en établissement et hors établissement.

Dans ce guide, vous trouverez les paramètres pris en compte aux fins de la production de ce rapport. Le ROSEH est un outil d'information individuel qui dresse le portrait de vos activités en établissement et hors établissement à partir, notamment, de vos données de facturation auprès de la Régie. L'information privée et objective qu'il contient vous permet de faire votre propre analyse des renseignements détenus sur le sujet. Chaque thème présente des données dans un format visuel simple et facile à interpréter.

Ce rapport est actuellement divisé en trois thèmes :

- le profil de vos activités d'inscription (les informations associées à votre patientèle inscrite);
- le profil de vos activités en établissement (le nombre d'heures facturées dans les secteurs d'activité où vous exercez en établissement);
- le profil de vos autres activités (le nombre d'heures facturées pour vos activités spécifiques hors établissement).

Pour bénéficier des informations du ROSEH, vous devez avoir été rémunéré par la Régie durant l'année.

Ce guide d'utilisation se veut un outil d'aide à la compréhension des différentes parties qui composent le ROSEH. Les pages suivantes décrivent chaque section du ROSEH.

1.1 Rapport annuel produit trimestriellement

Le ROSEH est produit pour une période de 12 mois, 3 mois après l'échéance d'un trimestre :

- le rapport disponible en janvier contient les informations du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année précédente;
- le rapport disponible en mars contient les informations du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année précédente;
- le rapport disponible en juillet contient les informations du 1^{er} avril de l'année précédente au 31 mars de l'année en cours;
- le rapport disponible en octobre contient les informations du 1^{er} juillet de l'année précédente au 30 juin de l'année en cours.

1.2 Particularités

Les informations du ROSEH sont présentées pour l'ensemble des cliniques, des établissements, des installations et des points de service où vous offrez des services.

Toute modification rétroactive apportée à la facturation ou à l'inscription de patients après la publication d'un rapport n'y paraîtra pas.

Le registre des consultations et les ententes de service entre GMF sont pris en compte dans le ROSEH.

Puisqu'aucune validation n'est faite à la saisie du registre des consultations, il est de votre responsabilité d'inscrire les informations les plus justes possibles et de façon constante.

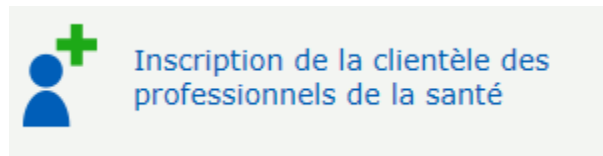
Les activités rémunérées à l'acte ne sont pas encore quantifiées. Seules les heures sur les activités rémunérées à honoraires fixes, à tarif horaire, à vacation et au *per diem* sont affichées dans le ROSEH.

2 ACTIVITÉS D'INSCRIPTION

Les activités d'inscription vous permettent de faire le suivi de votre patientèle inscrite pour une année donnée.

Afin qu'un patient soit ajouté au nombre de patients suivis, vous devez l'inscrire à votre nom auprès de la Régie dans les 90 jours suivant la date de la visite, de l'intervention clinique ou de la psychothérapie, sinon l'inscription ne sera pas comptabilisée sauf s'il s'agit d'une patiente suivie pour une grossesse. Dans ce dernier cas, seule la facturation des examens de prise en charge de grossesse et de suivi de grossesse est requise.

Les informations sur vos patients inscrits sont fournies à partir des données du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* sur le site Web de la Régie.



Il est de votre responsabilité de mettre à jour les informations sur votre patientèle au moyen de ce service en ligne. Pour une meilleure présentation de la réalité, assurez-vous que la date de début du lieu d'inscription correspond au moment où vous avez commencé à facturer des services dans ce même lieu. Vous avez 90 jours pour informer la Régie d'un changement de lieu.

2.1 SUIVI DE VOTRE PATIENTÈLE INSCRITE

Le *Suivi de votre patientèle inscrite* vous permet d'avoir sous trois tableaux les différentes catégories de personnes dont vous assurez le suivi. Le premier tableau montre le nombre de patients inscrits et calculés selon le ROSEH; le deuxième tableau, le cas échéant, le nombre de patients inscrits selon le Programme GMF et le dernier tableau, le cas échéant, le nombre inscrit dans le [cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaire \(GMF-U\)](#). Les facteurs de pondération s'apparentent grandement à ceux du [Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille](#) (Programme GMF) publié sur le site du MSSS.

2.1.1 Patients inscrits ROSEH

Lieux de suivi		Pondération des inscriptions							Nombre d'inscriptions total		Taux d'assiduité ⁵ (%)
		A Personnes non vulnérables (x 0,5)	B Personnes vulnérables (x 1)	C Personnes très vulnérables (x 2)	D Personnes défavorisées (x 2)	E Suivi de femmes enceintes ² (x 3)	F SAD de patients en perte sévère d'autonomie (x 12)	G GMF-U ^{1,2} (x 1,5)	Non pondérées ³	ROSEH ⁴	
GMF-U de la Forme Physique	non pond.	10	1	2	3	1	1		17		80
	pond.	8	1	4	6	3	12	51		51	
CLSC de l'Excellente Santé	non pond.	20	2	4	6	0	2		34		90
	pond.	16	2	8	12	0	24			62	
Clinique de la Bonne Santé	non pond.	445	160	35	7	1	9		656		86
	pond.	356	160	70	14	3	108			711	
GMF-R Accès Rapide Santé	non pond.	35	35	6	2	0	2		80		84
	pond.	28	35	12	4	0	24			103	
Localité MARATHON	non pond.	35	32	6	2	0	2		77		85
	pond.	28	32	12	4	0	24			100	
Total	non pond.	580	265	59	22	2	18		944		85
	pond.	464	265	118	44	6	216	51		1027	

Description du tableau *Patients inscrits ROSEH* :

- **Lieux de suivi**

Le lieu de suivi peut être une clinique, un GMF, un GMF-R, un GMF-U ou une localité.

- **Pondération des inscriptions**

- A Personnes non vulnérables

Le patient non vulnérable et ne présentant aucune caractéristique lui permettant d’être associé à une pondération équivaut à 0,8 unité. La pondération des patients non vulnérables est issue d’un rééquilibrage démographique en lien avec l’appréciation à la hausse d’une certaine proportion de la population.

Le principe de la pondération inférieure à 1 est basé sur la représentation cohérente du cumul des inscriptions pondérées par rapport au total de la population québécoise.

- B Personnes vulnérables

Le patient vulnérable équivaut à 1 unité. Les codes de vulnérabilité 01, 02, 03, 04, 05, 08, 09, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 19 sont pris en compte.

Veuillez consulter l’[avis](#) sous l’article 5 de l’*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40) de la [Brochure n° 1](#) pour la définition des codes de catégorie de problème de santé.

- C Personnes très vulnérables

Le patient très vulnérable équivaut à 2 unités. Les codes de vulnérabilité pris en compte sont les suivants : 06, 07, 11, 18.

Veuillez consulter l’[avis](#) sous l’article 5 de l’*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40) de la [Brochure n° 1](#) pour la définition des codes de catégorie de problème de santé.

- D Personnes défavorisées socialement et matériellement

Le patient en situation de personne défavorisée socialement et matériellement équivaut à 2 unités.

La pondération des patients défavorisés est attribuée à un médecin de famille qui inscrit un patient dont le code postal est associé à un lieu de résidence considéré comme défavorisé selon l’indice de défavorisation sociale et matérielle de l’Institut national de santé publique du Québec.

- E Suivi de femmes enceintes

La patiente suivie pour une grossesse équivaut à 3 unités.

La pondération des suivis de grossesse est attribuée lorsque vous effectuez deux visites de suivi de grossesse à une même patiente (inscrite ou non inscrite), dont la visite initiale. Elle est la seule pondération qui peut générer une unité même si la patiente n’est pas inscrite auprès de vous.

Voici les codes de facturation correspondant à la première visite :

- **00059** – examen de prise en charge de grossesse en clinique externe;
- **15159** – supplément à l'examen de prise en charge de grossesse si effectué durant le premier trimestre (avant la 13^e semaine);
- **15189** – supplément pour examen de prise en charge temporaire;
- **15805** – visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi – moins de 500 patients inscrits (patiente non vulnérable inscrite)
- **15806** – visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi – 500 patients inscrits ou plus (patiente non vulnérable inscrite)
- **15807** – visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi – moins de 500 patients inscrits (patiente non vulnérable inscrite)
- **15808** – visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi – 500 patients inscrits ou plus (patiente non vulnérable inscrite)
- **15809** – visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre – moins de 500 patients inscrits (patiente non vulnérable inscrite)
- **15810** – visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre – 500 patients inscrits ou plus (patiente non vulnérable inscrite)
- **15825** – visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi – moins de 500 patients inscrits (patiente vulnérable inscrite)
- **15826** – visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi – 500 patients inscrits ou plus (patiente vulnérable inscrite)
- **15827** – visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi – moins de 500 patients inscrits (patiente vulnérable inscrite)
- **15828** – visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi – 500 patients inscrits ou plus (patiente vulnérable inscrite)
- **15829** – visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre – moins de 500 patients inscrits (patiente vulnérable inscrite)
- **15830** – visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre – 500 patients inscrits ou plus (patiente vulnérable inscrite)
- **19074** – examen de prise en charge de grossesse si vous êtes membre d'un GMF.

Voici les codes de facturation correspondant à la seconde visite :

- **15144** – supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (en cabinet);
- **15145** – supplément de responsabilité pour suivi de grossesse (en CLSC ou en GMF-U);
- **15811** – visite de suivi de grossesse – moins de 500 patients inscrits (patiente non vulnérable inscrite)
- **15812** – visite de suivi de grossesse – 500 patients inscrits ou plus (patiente non vulnérable inscrite)
- **15831** – visite de suivi de grossesse – moins de 500 patients inscrits (patiente vulnérable inscrite)
- **15832** – visite de suivi de grossesse – 500 patients inscrits ou plus (patiente vulnérable inscrite)

F Suivi à domicile (SAD) de patients en perte sévère d'autonomie

Le patient en perte d'autonomie sévère, ayant des besoins complexes et suivi à domicile dans le cadre d'un programme de soutien à domicile administré par un établissement, équivaut à 12 unités.

La pondération des patients avec besoins complexes et suivis à domicile est attribuée lorsque vous assurez le suivi à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ou avec des besoins complexes. Voici les codes de facturation donnant droit à cette pondération :

- **15729** – examen à domicile, premier patient en perte sévère d'autonomie en tout temps;
- **15730** – examen à domicile, patient additionnel en perte sévère d'autonomie;
- **15781** – examen à domicile, premier patient non vulnérable en perte sévère d'autonomie;
- **15782** – examen à domicile, patient non vulnérable additionnel en perte sévère d'autonomie;
- **15783** – examen à domicile, premier patient vulnérable en perte sévère d'autonomie;
- **15784** – examen à domicile, patient vulnérable additionnel en perte sévère d'autonomie.

Lorsque vous ne pouvez facturer ces codes, vous avez la possibilité de cocher la case *Suivi à domicile et patients en perte sévère d'autonomie* dans le registre des consultations.

G Pondération des personnes inscrites en GMF-U

Pour une ligne correspondant à une pratique en GMF-U, les unités déjà calculées pour chaque type de patient suivi par un médecin qui y exerce équivalent à 1,5 unité.

Pour être désigné comme un médecin qui supervise des résidents au sein de GMF-U, vous devez avoir facturé un code de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (42).

■ **Nombre total d'inscriptions**

1. Nombre d'inscriptions non pondérées

Ce nombre représente le nombre total de vos inscriptions en cours. L'inscription d'un patient non pondéré équivaut à une unité. La pondération « suivi de femmes enceintes » n'est pas incluse dans le nombre d'inscriptions non pondérées.

2. ROSEH

Ce nombre représente le nombre total des inscriptions pondérées.

Ordre de priorité des pondérations

Lorsque plus d'un facteur de pondération s'applique à un même patient, l'ordre de priorité suivant s'applique, à l'exception des facteurs de pondération des inscriptions en GMF-U qui ont un effet multiplicateur sur le facteur de pondération déjà appliqué :

1. Personnes avec besoins complexes, en perte d'autonomie et SAD
2. Suivi de grossesse (cette pondération peut être cumulée)
3. Personnes très vulnérables
4. Personnes défavorisées
5. Personnes vulnérables
6. Personnes non vulnérables

■ **Taux d'assiduité en %**

Le taux d'assiduité est calculé selon les modalités de l'Entente et du Programme GMF.

Vous devez être disponible pour la clientèle inscrite à votre nom et les patientes enceintes dont vous assurez le suivi.

Votre taux d'assiduité individuel est :

- le pourcentage que représente le total des visites et des consultations effectuées par votre patientèle auprès :
 - de vous;
 - d'un autre médecin du groupe de médecine de famille au sein duquel vous pratiquez;
 - d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) associée à vous ou aux médecins partenaires de votre groupe;

par rapport

- à la somme de ces visites et de celles que votre patientèle effectue auprès :
 - de tout autre médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en application de l'article 19 de la [Loi sur l'assurance maladie](#);
 - de toute autre IPS-SPL non liée à vous ni à un de vos groupes.

Sont toutefois exclues du calcul du taux d'assiduité toute visite et toute consultation :

1. effectuées dans un service des urgences d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde :
 - auprès d'un patient de catégorie P1, P2 ou P3,
 - auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service des urgences lors du même séjour au service des urgences,
 - auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service des urgences dans le cadre du même épisode de soins,
 - auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 dirigé vers le service des urgences par un médecin,
 - auprès d'un patient au service des urgences d'un établissement dont le code d'autonomie après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès,

La visite effectuée auprès d'un patient de catégorie P4 et P5 tient compte des exclusions reliées à l'Entente et au Programme GMF;

2. effectuées par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et associées à la prise en charge et au suivi de grossesse;
3. effectuées à un patient par le médecin auprès duquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le GMF.

En GMF, s'ajoutent à ces exclusions toute visite et toute consultation :

4. effectuées par un médecin qui exerce dans un GMF autre que le médecin qui a inscrit le patient, si ces deux GMF sont liés par une entente de service;
5. effectuées dans le GMF du médecin qui a inscrit le patient par un médecin qui exerce dans un GMF-R, si ces GMF sont liés par une entente de service et que les ententes de service entre ce GMF-R et les GMF de son territoire couvrent au total moins de 18 000 patients inscrits, en excluant le total des patients inscrits du GMF-R. Le comité paritaire MSSS-FMOQ peut toutefois accorder une dérogation lorsque le GMF concerné démontre qu'une entente de service ne peut être conclue avec un autre GMF de son territoire.

2.1.2 Patients inscrits Programme GMF

Lieux de suivi		Pondération des inscriptions							Nombre total d'inscriptions	
		A Personnes non vulnérables (x 1)	B Personnes vulnérables (x 1)	C Personnes très vulnérables (x 2)	D Personnes défavorisées (x 2)	E Suivi de femmes enceintes ¹ (x 3)	F Accouchement ¹ (x 3)	G SAD de patients en perte sévère d'autonomie (x 12)	Non pondérées ²	Programme GMF ³
GMF-U de la Forme Physique	non pond.	10	1	2	3	1	1	1	17	
	pond.	10	1	4	6	3	3	12		39
CLSC de l'Excellente Santé	non pond.	20	2	4	6	0	0	2	34	
	pond.	20	2	8	12	0	0	24		66
Clinique de la Bonne Santé	non pond.	445	160	35	7	1	2	9	656	
	pond.	445	160	70	14	3	6	108		806
Total GMF de la Bonne Santé	non pond.	475	163	41	16	2	4	12	707	
	pond.	475	163	82	32	6	12	144		914
GMF-R Accès Rapide Santé	non pond.	35	35	6	2	0	0	2	80	
	pond.	35	35	12	4	0	0	24		110
Total GMF Accès rapide Santé	non pond.	35	35	6	2	0	0	2	80	
	pond.	35	35	12	4	0	0	24		110

Pour la description générale du tableau, vous référer à la description du tableau *Patients inscrits ROSEH* à la section 2.1.1.

Description de la colonne F – Accouchement

La pondération des inscriptions pour le suivi en obstétrique pour un accouchement est prise en compte dans le Programme GMF. Lors d'un accouchement, la patiente équivaut à 3 unités.

Cette pondération est attribuée au médecin de famille qui prodigue des services à une patiente inscrite ou non inscrite. Voici les codes de facturation donnant droit à cette pondération :

- **06903** – accouchement;
- **06912** – césarienne avec ou sans stérilisation;
- **06913** – césarienne et hystérectomie;
- **06984** et **06985** – accouchement le samedi, le dimanche, les jours fériés ou de 19 h à 7 h;
- **06986**, **06987** et **06988** – ensemble de soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement;
- **06989** et **06990** – ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né.

Cette pondération s'applique seulement si la dernière visite de suivi de grossesse avant l'accouchement a été effectuée au GMF, et ce, par le médecin ou l'un de ses collègues médecins du même GMF.

Le nombre d'inscriptions total Programme GMF représente le total des inscriptions à la suite de la pondération de l'ensemble des colonnes sous *Pondération des inscriptions*. L'inscription d'une personne non vulnérable est comptabilisée sur la base d'une unité.

2.1.3 Patients inscrits Cadre GMF-U

Lieux de suivi		Pondération des inscriptions:							Nombre total d'inscriptions	
		A Personnes non vulnérables (x 1)	B Personnes vulnérables (x 1)	C Personnes très vulnérables (x 2)	D Personnes défavorisées (x 2)	E Suivi de femmes enceintes ¹ (x 3)	F Accouchement ¹ (x 3)	G SAD de patients en perte sévère d'autonomie (x 12)	Non pondérées ²	Cadre GMF-U ³
GMF-U de la Forme Physique	non pond.	10	1	2	3	1	1	1	17	
	pond.	10	1	4	6	3	3	12		39

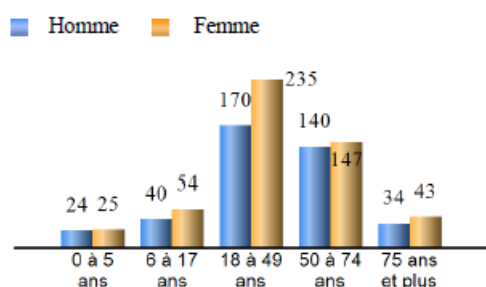
Pour la description générale du tableau, vous référer à la description du tableau *Patients inscrits ROSEH* à la section 2.1.1.

Pour la description de la colonne F – Accouchement, vous référer à la section 2.1.2.

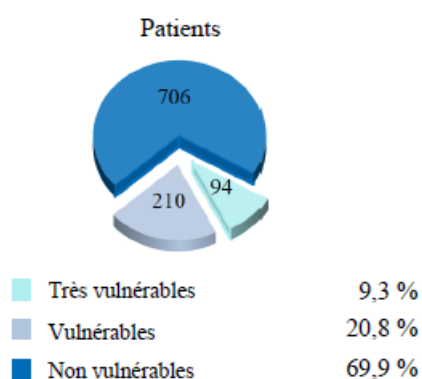
Le nombre d'inscriptions total dans le cadre de gestion GMF-U représente le total des inscriptions à la suite de la pondération de l'ensemble des colonnes sous *Pondération des inscriptions* multiplié par 1,5. L'inscription d'une personne non vulnérable est comptabilisée sur la base d'une unité.

2.2 RÉPARTITION DÉMOGRAPHIQUE SELON L'ÂGE ET LA VULNÉRABILITÉ

2.2.1 Votre patientèle inscrite



Ce graphique présente la distribution de vos patients inscrits selon leur sexe et leur âge.

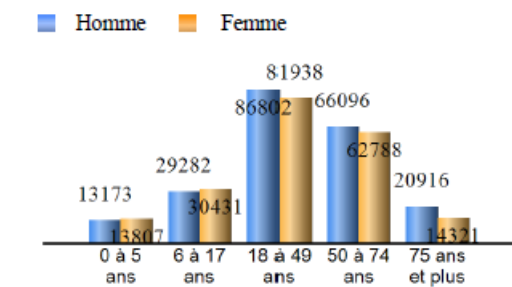


Dans ce graphique, vous êtes en mesure de savoir le nombre exact de patients très vulnérables, vulnérables et non vulnérables inscrits à votre nom.

Un patient vulnérable ou très vulnérable est celui qui répond aux critères énumérés dans l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40).

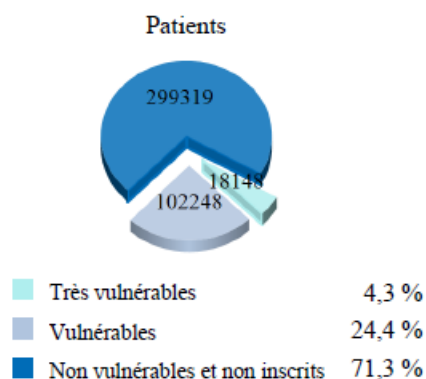
2.2.2 La population de votre territoire

RLS DU QUÉBEC



Ce graphique présente la distribution des patients sur le territoire de votre réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) principal de pratique selon leur sexe et leur âge.

Le RLS principal est déterminé à partir de la clinique ayant le plus d'inscriptions. Advenant qu'il serait impossible de déterminer un RLS, la population de la région sera détaillée.



Vous êtes en mesure de savoir le nombre exact de patients très vulnérables, vulnérables, non vulnérables et non inscrits sur le territoire de votre RLS.

Un patient vulnérable ou très vulnérable est celui qui répond aux critères énumérés dans l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40).

2.3 PORTRAIT DE CONSOMMATION DE SOINS DE VOS PATIENTS INSCRITS DURANT LA PÉRIODE

Les données inscrites dans le *Portrait de consommation de soins de vos patients inscrits durant la période* sont basées sur vos données de facturation, du registre des consultations et de la Banque de données communes des urgences (BDCU).

Le portrait de consommation de soins vous permet de connaître certaines caractéristiques de la demande de services de vos patients inscrits durant la période choisie.

Si le patient a été inscrit auprès de vous pendant une certaine période et qu'il ne l'est plus mais que vous l'avez vu, ce patient sera comptabilisé dans le portrait de consommation.

Lorsqu'un patient a été inscrit en cours d'année, le rapport ne porte que sur la période au cours de laquelle le patient était inscrit auprès de vous.

Une visite en première ligne est un service facturé à l'acte que vous avez rendu dans un des lieux suivants : CLSC, GMF-U, GMF-R et cabinet.

Les consultations inscrites par vous ou par une IPS-SPL au registre des consultations sont prises en compte.

Les services médico-administratifs facturés à l'acte et visés par la [Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles](#) ainsi que la [Loi sur les accidents du travail](#) sont exclus.

Les visites dans un service des urgences d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde de priorités 4 et 5 sont aussi considérées comme des visites en première ligne selon la BDCU, sauf les visites suivantes qui sont exclues :

- auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service des urgences lors du même séjour au service des urgences;
- auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service des urgences dans le cadre du même épisode de soins;
- auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 dirigé vers le service des urgences par un médecin;
- auprès d'un patient au service des urgences d'un établissement dont le code d'autonomie après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès.

Une visite équivaut à un patient, à un médecin, à une journée, à un lieu.

Une visite au service des urgences équivaut à un épisode de soins classé P4 ou P5. Cette visite tient compte des exclusions reliées à l'Entente et au Programme GMF.

Une visite effectuée à un patient par le médecin auprès duquel il est inscrit, mais dont le lieu est autre que le GMF, est exclue du calcul.

Le *Portrait de consommation de soins de vos patients inscrits durant la période* comprend deux sections.

Section 1 :



■ Nombre de visites dans votre clinique 85 %

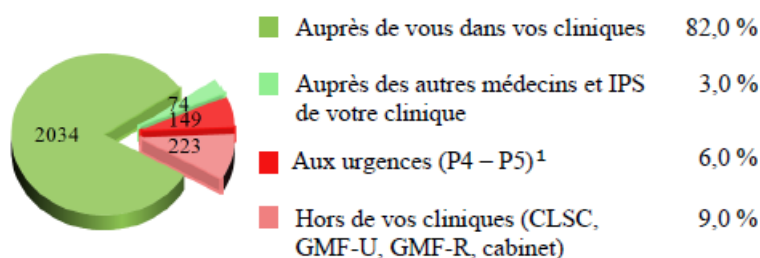
■ Nombre de visites hors de votre clinique 15 %

Cette section indique le nombre de visites en première ligne (uniquement les patients inscrits durant la période) dans votre clinique et hors de la clinique.

Le nombre de visites dans votre clinique correspond à celui des visites reçues par vous ou par d'autres médecins de famille et les IPS-SPL de la clinique. Si vous exercez en GMF, les visites effectuées dans les sites affiliés au GMF sont incluses dans le nombre de visites dans votre clinique.

Le nombre de visites hors de votre clinique représente le nombre de visites effectuées dans un service des urgences (seulement les visites P4 et P5 sont prises en compte), un CLSC, un GMF-U, un GMF-R ou dans toute autre clinique.

Section 2 :



¹ Tiens compte des exclusions reliées à l'entente et au Programme GMF

Le portrait de la consommation de soins présente la répartition des visites en première ligne de votre patientèle inscrite durant la période, selon les quatre types de visites suivantes :

1. Auprès de vous dans vos cliniques

Pour un GMF, une visite auprès de vous est considérée comme ayant lieu dans votre clinique si elle se déroule à n'importe lequel des points de service du GMF (y compris les sites en établissement).

2. Auprès des autres médecins et IPS-SPL de votre clinique

Pour un GMF, une visite auprès d'un autre médecin est considérée comme ayant lieu dans votre clinique si elle se déroule à n'importe lequel des points de service du GMF. Le médecin de la visite doit aussi être partenaire du GMF.

Pour des visites hors GMF, une visite auprès d'un autre médecin est considérée comme si elle avait lieu dans votre clinique si elle se déroule dans le même lieu de pratique.

3. Aux urgences (P4 et P5)

Dans les visites aux urgences, on ne trouve que celles classées P4 et P5, selon les critères mentionnés ci-dessus. Ces visites tiennent compte des exclusions reliées à l'Entente et au Programme GMF.

4. Hors de vos cliniques (CLSC, GMF-U, GMF-R, cabinet)

Une visite dans un des points de service d'un GMF auprès d'un médecin qui n'est pas partenaire de ce GMF n'est pas prise en compte.

3 ACTIVITÉS EN ÉTABLISSEMENT (EN CHSGS, EN CHSLD, EN CLSC et AUTRES SECTEURS EN ÉTABLISSEMENT) (en cours d'élaboration)

Actuellement, seules les activités rémunérées à honoraires fixes, à tarif horaire, à vacation et au *per diem* sont affichées dans le ROSEH. Les activités du médecin rémunéré à l'acte et au mode mixte seront intégrées plus tard. Les moyennes mentionnées dans le tableau correspondent à des moyennes hebdomadaires arrondies au quart d'heure. Quant à la moyenne ajustée, elle est calculée en fonction du temps d'absence lié à la participation à un congrès de perfectionnement, aux jours fériés et aux vacances du médecin (42 semaines de travail). Les activités non quantifiées paraissent en rouge.

Activités cliniques	Nombre d'heures										
	Trimestre (janvier – mars)		Trimestre (avril – juin)		Trimestre (juillet – septembre)		Trimestre (octobre – décembre)		Année complète		
	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine réelle	Moyenn semaine ajustée
CHSLD - Public	98	7,50	110	8,50	96	7,50	112	8,50	416	8,00	10,00
CHSGS - Unité de soins palliatifs	48	3,75	56	4,25	44	3,50	60	4,50	208	4,00	5,00
CHSGS - Unité de soins intensifs ou de soins coronariens et grands brûlés (non quantifiée)											
Total	146	11,25	166	12,75	140	11,00	172	13,00	624	12,00	15,00

3.1 Généralités

Cette section présente certains critères pris en compte pour le calcul des activités cliniques et autres activités.

3.1.1 Rémunération du médecin hors Québec

Les résultats paraissant au tableau visent les services rendus par le médecin pratiquant hors Québec (classe 6) selon les mêmes critères de reconnaissance que les services rendus par le médecin au Québec (classe 1).

3.1.2 Rémunération selon le mode de l'acte (à venir)

Les données relatives à la rémunération selon le mode de l'acte seront disponibles plus tard, excepté pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse et à la vasectomie.

3.1.3 Rémunération selon le mode mixte

Les données relatives à la rémunération selon le mode mixte seront disponibles plus tard.

3.1.4 Rémunération selon le mode de facturation à tarif horaire ou à honoraires fixes

Aux fins de la reconnaissance de l'activité, à moins d'exception prévue dans un secteur donné, chaque heure facturée par le médecin selon le mode de tarif horaire ou d'honoraires fixes équivaut à **une heure** reconnue.

Cependant, les heures facturées à titre de vacances et de congé ne sont pas comptabilisées.

Aux fins d'application, on considère les jours civils (de minuit à 23 h 59 le même jour).

3.1.5 Garde sur place et garde en disponibilité

Les données relatives à la garde sur place et à la garde en disponibilité seront disponibles plus tard.

3.2 MODALITÉS DE RECONNAISSANCE SPÉCIFIQUES SELON LES SECTEURS (en cours d'élaboration)

Les activités cliniques suivantes sont prises en compte aux fins du calcul.

- 3.2.1 Santé publique (en cours d'élaboration)
- 3.2.2 Chef du département régional de médecine générale (DRMG) (en cours d'élaboration)
- 3.2.3 Chef de département (en cours d'élaboration)
- 3.2.4 Déplacement (en cours d'élaboration)
- 3.2.5 Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ) (en cours d'élaboration)
- 3.2.6 CNESST (en cours d'élaboration)
- 3.2.7 Centres de détention (en cours d'élaboration)
- 3.2.8 CHSGS – Obstétrique (en cours d'élaboration)
- 3.2.9 CHSGS – Planning-sexualité (en cours d'élaboration)
- 3.2.10 CHSGS – Vasectomie (en cours d'élaboration)
- 3.2.11 CHSGS – Interruption volontaire de grossesse (en cours d'élaboration)
- 3.2.12 CHSGS – Urgence (en cours d'élaboration)
- 3.2.13 CHSGS – Département de toxicologie et alcoologie, médecine de jour (en cours d'élaboration)
- 3.2.14 CHSGS – Unité de soins palliatifs (en cours d'élaboration)
- 3.2.15 CHSGS – Clinique externe (en cours d'élaboration)
- 3.2.16 CHSGS – Département de gériatrie et unité de réadaptation (en cours d'élaboration)
- 3.2.17 CHSGS – Unité de soins généraux et spécialisés (en cours d'élaboration)
- 3.2.18 CHSGS – Unité de soins intensifs ou de soins coronariens (en cours d'élaboration)
- 3.2.19 CHSGS – Unité de décision clinique (en cours d'élaboration)
- 3.2.20 CHSGS – Département de psychiatrie (en cours d'élaboration)
- 3.2.21 CLSC – Interruptions volontaires de grossesse (en cours d'élaboration)
- 3.2.22 CLSC – Soins palliatifs à domicile (en cours d'élaboration)
- 3.2.23 CLSC – Cliniques d'itinérance (en cours d'élaboration)
- 3.2.24 CLSC – Santé mentale (en cours d'élaboration)
- 3.2.25 CLSC – Toxicomanie (en cours d'élaboration)
- 3.2.26 CLSC – Vasectomie (en cours d'élaboration)
- 3.2.27 CLSC – Centre antipoison (en cours d'élaboration)
- 3.2.28 CLSC – Pédiatrie sociale (en cours d'élaboration)

- 3.2.29 CLSC – Urgence (en cours d’élaboration)
- 3.2.30 CLSC – Nord-du-Québec (en cours d’élaboration)
- 3.2.31 Services de laboratoire en établissement (en cours d’élaboration)
- 3.2.32 CHSLD – Public (en cours d’élaboration)
- 3.2.33 CHSLD – Privé (en cours d’élaboration)
- 3.2.34 Centres de réadaptation (en cours d’élaboration)
- 3.2.35 GMF-R (en cours d’élaboration)
- 3.2.36 Services préhospitaliers d’urgence (en cours d’élaboration)
- 3.2.37 Activités administratives (en cours d’élaboration)
- 3.2.38 CIUSSS (en cours d’élaboration)
- 3.2.39 Urgences-santé (en cours d’élaboration)

4 AUTRES ACTIVITÉS EXEMPTÉES (en cours d'élaboration)

4.1 ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES HORS ÉTABLISSEMENT (en cours d'élaboration)

Actuellement, seules les activités rémunérées à honoraires fixes, à tarif horaire, à vacation et au *per diem* sont affichées dans le ROSEH. Les données relatives au médecin rémunéré à l'acte et au mode mixte seront disponibles plus tard. Les moyennes mentionnées dans le tableau correspondent à des moyennes hebdomadaires arrondies au quart d'heure. Quant à la moyenne ajustée, elle est calculée en fonction du temps d'absence lié à la participation à un congrès de perfectionnement, aux jours fériés et aux vacances du médecin (42 semaines de travail). Les activités non quantifiées paraissent en rouge.

Activités cliniques	Nombre d'heures										
	Trimestre (janvier – mars)		Trimestre (avril – juin)		Trimestre (juillet – septembre)		Trimestre (octobre – décembre)		Année complète		
	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine réelle	Moyenne semaine ajustée
GMF-R (Super-clinique)	72	5,50	84	6,50	62	4,75	94	7,25	312	6,00	7,50
CNESST (non quantifiée)											
Total	72	5,50	84	6,50	62	4,75	94	7,25	312	6,00	7,50

Les activités cliniques suivantes sont prises en compte aux fins du calcul.

4.1.1 Interruption volontaire de grossesse (en cours d'élaboration)

4.1.2 Clinique de santé de la femme (en cours d'élaboration)

4.1.3 Vasectomie (en cours d'élaboration)

4.1.4 Activités médico-administratives (nd)

4.1.5 Activités à l'échelon fédéral (nd)

4.1.6 Aide médicale à mourir (en cours d'élaboration)

4.1.7 Évaluation psychiatrique (en cours d'élaboration)

4.1.8 Médecin responsable d'un GMF (en cours d'élaboration)

4.1.9 Médecin responsable d'un GMF-R (en cours d'élaboration)

4.1.10 GMF-R (en cours d'élaboration)

4.2 SITUATIONS PARTICULIÈRES (en cours d'élaboration)

Les données relatives à cette section seront disponibles plus tard.

Situations particulières	Nombre d'heures										
	Trimestre (janvier – mars)		Trimestre (avril – juin)		Trimestre (juillet – septembre)		Trimestre (octobre – décembre)		Année complète		
	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine réelle	Moyenne semaine ajustée
Congé de maladie (non quantifié)											
Congé de maternité (non quantifié)											
Congé de paternité (non quantifié)											
Total	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00

4.3 TOTAL DES AUTRES ACTIVITÉS (en cours d'élaboration)

Actuellement, seules les activités rémunérées à honoraires fixes, à tarif horaire, à vacation et au *per diem* sont affichées dans le ROSEH (uniquement les activités spécifiques hors établissement). Les données relatives au médecin rémunéré à l'acte et au mode mixte seront disponibles plus tard. Les activités non quantifiées paraissent en rouge.

Autres activités	Nombre d'heures										
	Trimestre (janvier – mars)		Trimestre (avril – juin)		Trimestre (juillet – septembre)		Trimestre (octobre – décembre)		Année complète		
	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine	Total	Moyenne semaine réelle	Moyenne semaine ajustée
Activités spécifiques hors établissement	72	5,50	84	6,50	62	4,75	94	7,25	312	6,00	7,50
Situations particulières (non quantifiées)											
Total	72	5,50	84	6,50	62	4,75	94	7,25	312	6,00	7,50

5 TOTAL DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE

Le total des activités de médecine familiale vous donne un résumé de votre pratique en heures et en pourcentage.

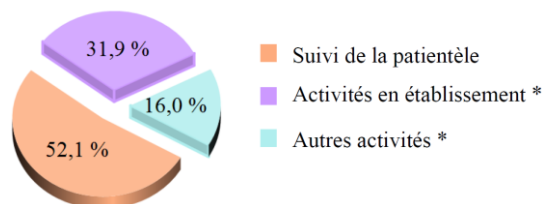
Total des activités

	Nombre d'heures hebdomadaires
Activités d'inscription	24,50
Activités en établissement *	15,00
Autres activités *	7,50
Total	47,00

Le nombre d'inscriptions pondérées est converti en nombre d'heures hebdomadaires. Le calcul est effectué à partir du total des inscriptions pondérées annuellement divisé par 42 semaines (voir le tableau des activités d'inscription à la section 2).

Les activités en établissement et les autres activités reflètent les heures des tableaux précédents (voir les sections 3 et 4.3).

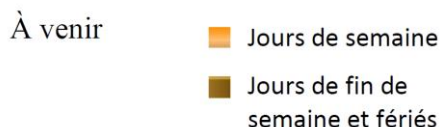
Équilibre de votre pratique



Ce tableau est une représentation en pourcentage de l'ensemble de votre pratique.

Les activités en établissement rémunérées à l'acte ne sont pas encore quantifiées. Seules les activités rémunérées à honoraires fixes, à tarif horaire, à vacation et au *per diem* sont affichées dans le ROSEH.

Jours où vous avez soumis une facture



Cette section est en cours d'élaboration.