

Versement des forfaits pour trois mesures d'efficiencia en juin 2014

Amendements n^{os} 124 et 128

La Régie procèdera en juin 2014 au versement des forfaits suivants pour l'année d'application 2013 :

- nombre de journées de pratique significatives travaillées (annexe XXI de l'entente générale);
- supplément au volume de patients inscrits (art. 15.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*);
- majoration relative à la pratique polyvalente (art. 16.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*).

Le versement des forfaits pour l'année d'application 2013, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013, **figurera à l'état de compte du 23 juin 2014** pour les professionnels admissibles. Le montant versé pour un forfait sera inscrit distinctement dans chacun des trois bilans pour permettre d'en assurer le suivi.

Les infolettres [223](#) du 12 décembre 2012, [058](#) du 7 juin 2013, [287](#) du 10 février 2014 et [292](#) du 13 février 2014 donnent toute l'information sur l'instauration et les modalités afférentes aux différentes mesures d'efficiencia.

1. Supplément au volume de patients inscrits

◆ BROCHURE N^o 1 → E.P. – SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE

Pour avoir droit au supplément au volume de patients inscrits (art. 15.00), quel que soit son mode de rémunération, le médecin qui pratique au Québec doit remplir les deux conditions requises :

- avoir inscrit un nombre déterminé de patients actifs ou de patients vulnérables actifs (paragr. 15.01 et 15.02) au 31 décembre d'une année civile d'application;
- rencontrer dans le suivi de sa clientèle, le taux de prise en charge déterminé par les parties négociantes pour l'ensemble de ses patients inscrits et actifs, pour chaque année civile d'application (paragr. 15.03).

Les parties négociantes ont convenu que le taux de prise en charge requis, fixé à 61 % pour l'année débutant le 1^{er} janvier 2012, sera maintenu pour les années civiles 2013 et 2014.

Cette mesure ne s'applique pas au médecin admissible à être rémunéré dans le cadre du régime d'assurance maladie qui, dans sa pratique hors Québec, inscrit et assure le suivi d'une clientèle composée de personnes assurées au régime.

L'[infolettre 287](#) présente le détail de l'application de cette mesure d'efficiencia.

2. Moratoire sur l'évaluation du statut actif des inscriptions et du taux de prise en charge pour le supplément au volume de patients inscrits

Les parties négociantes ont convenu d'instaurer un moratoire sur l'évaluation du statut actif des inscriptions et du taux de prise en charge pour le supplément au volume de patients inscrits, qui touche les médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes ayant une pratique de prise en charge et de suivi de la clientèle en CLSC et en UMF-CH n'étant pas un site GMF.

Le moratoire permet de :

- conserver le caractère actif de l'ensemble des patients inscrits auprès d'un tel médecin;
- reconnaître que la pratique du médecin respecte le taux de prise en charge énoncé au paragraphe 15.03 pour chaque année civile d'application concernée.

Actuellement, les années d'application reconnues aux fins du moratoire sont 2012, 2013 et 2014.

Le moratoire est nécessaire pour conserver le statut actif des patients inscrits auprès du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes exerçant en CLSC ou en UMF-CH hors GMF. Il permet aussi de reconnaître qu'un tel médecin respecte le taux de prise en charge pour l'année civile concernée, puisque la Régie ne peut identifier les visites faites aux patients que par le forfait de responsabilité à l'examen du patient vulnérable ou par le supplément au suivi d'un enfant âgé de 0 à 5 ans, ce qui ne représente qu'une faible proportion des services qu'il rend à sa clientèle.

Dans le bilan sur le supplément au volume de patients inscrits du médecin visé par le moratoire, la mention « N/A » sera inscrite à la ligne 2 concernant le taux de prise en charge obtenu pour sa clientèle, ce médecin étant considéré rencontrer le taux de prise en charge minimal requis.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire dans un CLSC ou dans une UMF-CH qui est aussi un site GMF ne bénéficie pas du moratoire, puisqu'il est possible pour la Régie d'identifier les visites faites à ses patients dans l'année par la facturation du forfait annuel d'inscription en GMF (code d'acte **08875**).

Dans le cas du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes ayant une pratique de prise en charge et de suivi de clientèle en CLSC ou en UMF-CH, mais également en cabinet ou à domicile où il est rémunéré à l'acte, le moratoire ne s'applique qu'à sa clientèle inscrite en CLSC ou UMF-CH hors GMF.

Pour avoir droit au supplément au volume de patients inscrits pour sa clientèle suivie en cabinet ou à domicile, ce médecin doit respecter les dispositions d'application relatives au taux de prise en charge de cette partie de sa clientèle.

3. Pratique en obstétrique

Le médecin qui pratique en obstétrique et qui a moins de 100 patients inscrits, est réputé respecter le taux de prise en charge.

L'information relative au taux de prise en charge calculé ne paraît pas au bilan du médecin concerné par cette situation. La mention « N/A » est inscrite pour ce taux à la ligne 2.

4. Rapports et bilans

Les services en ligne de la Régie donnent accès à différents rapports et bilans détaillés découlant de l'application des mesures d'efficience. Si vous ou votre personnel administratif êtes inscrit aux services en ligne, il est facile de les obtenir au www.ramq.gouv.qc.ca/sel, après authentification.

Pour consulter un **rapport**, dont *Statuts actifs et inactifs de la clientèle pour l'année d'application – Toute la clientèle* :

- cliquer sur la bannière *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*,
- dans le sous-menu *Rapports*, choisir le rapport à consulter.

Pour consulter un **bilan**, dont *Journées de pratique significative travaillées*, *Majoration relative à la pratique polyvalente* ou *Supplément au volume de patients inscrits* :

- cliquer sur la bannière *Professionnels de la santé*,
- dans le sous-menu *Bilans*, choisir le bilan à consulter.

La ligne 3 a été ajoutée au bilan *Majoration relative à la pratique polyvalente*, et détaille les honoraires payés pour le temps de déplacement. La ligne 6 « grand total de la rémunération » donne la somme des lignes 2, 3, 4 et 5.

La [partie I](#) de l'infolettre présente un exemple de bilan concernant le supplément au volume de patients inscrits.

À NOTER

Il est possible d'obtenir le descriptif de chacun des bilans par la fonction *Aide* de la section *Bilans* des services en ligne de la Régie. Cette fonction offre également une foire aux questions.

L'information relative au bilan *Supplément au volume de patients inscrits* (art. 15.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*) sera disponible dès le 26 juin 2014.

Que vous soyez ou non inscrit aux services en ligne de la Régie, nous vous invitons à joindre le personnel de support pour obtenir plus d'information sur les services offerts :

Région de Québec : 418 643-8210
Région de Montréal : 514 873-3480
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776



Après identification, choisir
l'option 1 pour les services
en ligne

Courrier électronique : sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

5. Différence dans le nombre de patients vulnérables inscrits et actifs

La notion de patient inscrit et actif au 31 décembre d'une année d'application peut différer selon le document de référence utilisé.

Voici quelques explications :

- a) Le rapport *Statuts actifs et inactifs de la clientèle pour l'année d'application* – *Toute la clientèle* est établi une fois l'an, à la fin du mois de janvier suivant l'année civile concernée. Lors de l'analyse, le patient vulnérable est considéré inscrit et actif, **s'il a été vu par son médecin au moins une fois durant l'année civile concernée se terminant le 31 décembre.**

Les bilans *Supplément au volume de patients inscrits* et *Majoration relative à la pratique polyvalente* sont établis à la fin du mois de mai suivant la fin de l'année d'application concernée, selon les inscriptions actives au 31 décembre. Dans ces bilans, un patient vulnérable est considéré inscrit et actif, **s'il a vu son médecin au cours des 12 mois précédant l'année d'application concernée ou pendant l'année d'application en cours.**

Le nombre de patients paraissant au bilan est utilisé pour calculer le montant forfaitaire.

- b) Au bilan *Supplément au volume de patients inscrits*, le nombre de patients reconnus inscrits et actifs aux fins des différents calculs, qu'ils soient vulnérables ou non, **peut différer de votre quantité de patients en raison du moratoire** (voir la section 2 de l'infolettre). S'il y a écart, il sera généralement en faveur du médecin et le bilan comptera un nombre supérieur à celui qui figure au rapport décrit au paragraphe a).

Le nombre de patients paraissant au bilan est utilisé pour calculer le montant forfaitaire.

- c) La modification rétroactive d'une date de prise d'effet d'inscription peut également entraîner un écart du nombre de patients considérés aux fins du calcul.

6. Document de référence

[Partie I](#) Exemple de bilan détaillé concernant le supplément au volume de patients inscrits

Bilan concernant le supplément au volume de patients inscrits pour l'année civile 2013

Nom et Prénom	Numéro du professionnel	Date de production	Date de début de période	Date de fin de période
UNTEL, ROBERT	123456	2014-05-27	2013-01-01	2013-12-31

1	Vous êtes admissible au calcul du supplément au volume de patients inscrits selon les conditions suivantes: Vous avez une clientèle inscrite et active au 31 décembre de l'année d'application, selon le minimum requis au paragraphe 15.01 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ET Vous avez atteint le taux de prise en charge prévu au paragraphe 15.05 pour l'année d'application	Oui
2	Taux de prise en charge, calculé selon le paragraphe 15.06, que vous avez atteint selon les dispositions prévues pour le supplément au volume de patients inscrits. *	77%
3	Taux de prise en charge minimal requis selon le paragraphe 15.03, pour avoir droit au supplément au volume de patients inscrits	61%
4	Atteinte du taux de prise en charge minimal requis pour avoir droit au supplément au volume de patients inscrits	Oui
5	Pourcentage du supplément au volume de patients inscrits qui vous a été versé selon les paragraphes 15.03, 15.05 et 15.06	100%
6	Nombre de patients inscrits et actifs reconnus aux fins du calcul du supplément au volume de patients inscrits, au 31 décembre de l'année d'application **	664
7	Nombre de patients vulnérables inscrits et actifs reconnus, aux fins du calcul du supplément au volume de patients inscrits, au 31 décembre de l'année d'application **	376
8	Nombre de patientes enceintes prises en charge temporairement en obstétrique, reconnues aux fins du calcul du supplément au volume de patients inscrits, pendant l'année d'application **	0
9	Nombre total de patients inscrits et actifs reconnus aux fins du calcul du supplément au volume de patients inscrits, selon les dispositions du supplément au volume de patients inscrits (addition des lignes 6 et 8) **	664
10	Atteinte du nombre minimal de patients inscrits et actifs reconnus aux fins du calcul du supplément au volume de patients inscrits, selon le paragraphe 15.01A) relatif au supplément au volume de patients inscrits **	Oui
11	Atteinte du nombre minimal de patients vulnérables inscrits et actifs reconnus aux fins du calcul du supplément au volume de patients inscrits, selon le paragraphe 15.01 B) relatif au supplément au volume de patients inscrits **	Oui
12	Montant versé pour les patients inscrits et actifs selon les dispositions du supplément au volume de patients inscrits (calcul basé sur le résultat de la ligne 5 et la ligne 9)	\$ 820
13	Montant versé pour les patients vulnérables inscrits et actifs selon les dispositions du supplément au volume de patients inscrits (calcul basé sur le résultat de la ligne 5 et la ligne 7.	\$ 1 260
14	Grand total des montants versés pour le supplément au volume de patients inscrits (addition des lignes 12 et 13)	\$ 2 080

*La mention « Non applicable » signifie que votre taux de prise en charge est atteint pour cette année civile, car vous avez rencontré l'une des situations suivantes :

- Le suivi de l'ensemble de votre clientèle est considéré ayant été effectué selon les dispositions du moratoire (le moratoire exempté les professionnels rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes du calcul du paragraphe 15.06);
- Vous n'avez pas atteint le taux de prise en charge minimal requis pour votre clientèle n'étant pas considérée par le moratoire. Ainsi, seulement votre clientèle considérée par le moratoire a été utilisée dans le calcul du supplément au volume de patients inscrits;
- Vous êtes reconnu avoir une pratique en obstétrique selon les dispositions du supplément au volume de patients inscrits, conformément au deuxième alinéa du paragraphe 15.06

Si un nombre est inscrit, celui-ci représente le pourcentage que vous avez atteint pour votre clientèle qui n'est pas considérée par le moratoire. Les deux cas pour lesquels vous pouvez recevoir un pourcentage sont :

- L'ensemble de votre clientèle n'est pas considéré par le moratoire;
- Vous détenez de la clientèle qui n'est pas considérée par le moratoire et de la clientèle étant considérée et vous avez atteint le taux de prise en charge minimal requis pour votre clientèle qui n'est pas considérée par le moratoire

** Le nombre de patients reconnus aux fins du calcul du supplément au volume de patients inscrits peut différer de votre nombre de patients inscrits et actifs en raison du moratoire pour cette année civile.