

Amendements n^{os} 124 et 128 – Supplément au volume de patients inscrits et majoration relative à la pratique polyvalente

Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

La Régie vous présente les changements apportés à votre entente au regard des mesures d'efficience entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, introduites par les amendements n^{os} 124 et 128 convenus entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

L'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* a été modifiée au niveau des paragraphes 15.00 concernant le supplément au volume de patients inscrits et 16.00 touchant la majoration relative à la pratique polyvalente. Vous pouvez prendre connaissance du texte officiel de ces deux mesures d'efficience dans la *Brochure n^o 1*, onglet *Ententes particulières, Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n^o 40)*.

Nous en profitons pour vous rappeler le fonctionnement de ces deux mesures en plus de vous indiquer la nature des récentes modifications qui sont en caractères **gras** pour en faciliter le repérage.

Le supplément au volume de patients inscrits et actifs ainsi que la majoration relative à la pratique polyvalente sont deux mesures d'efficience basées sur l'inscription de la clientèle. Ainsi, elles sont accessibles au médecin qui, dans le cadre de sa pratique, effectue la prise en charge et le suivi de patients.

Pour bénéficier de l'une ou l'autre de ces mesures, le médecin doit avoir inscrit et assuré le suivi d'un nombre spécifique de patients vulnérables ou non vulnérables déterminé par les parties négociantes. Le caractère actif de ces patients doit être reconnu au 31 décembre d'une année civile d'application.

Au regard du supplément au volume de patients inscrits (paragraphe 15.00), le médecin doit avoir assuré le suivi de ses patients, selon les dispositions prévues aux paragraphes 4.00 et 6.00 de la présente entente particulière et avoir atteint le taux de prise en charge fixé selon l'année civile concernée. Lorsque ces deux conditions sont rencontrées, la Régie verse au médecin, en juin suivant l'année civile d'application concernée, un supplément pour chaque patient inscrit et actif ainsi qu'un supplément pour chaque patient vulnérable inscrit et actif au-delà du nombre de patients prévu aux paragraphes 15.01 A) et B).

En ce qui a trait à la majoration relative à la polyvalence (paragraphe 16.00), le médecin qui pratique en établissement dans un des secteurs d'activité visés, qui a inscrit et assuré le suivi d'un nombre de patients actifs respectant les dispositions prévues, se voit verser annuellement par la Régie au mois de juin suivant l'année civile d'application concernée, un pourcentage applicable sur le total des honoraires payés durant cette année civile pour sa pratique en établissement.

1. Supplément au volume de patients inscrits (paragraphe 15.00)

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

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

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.

1.1 Détermination du caractère actif d'un patient (paragraphe 15.02)

- Pour qu'un patient soit considéré actif aux fins de l'application du paragraphe 15.01 A), le forfait d'inscription générale doit être versé au médecin pour ce patient, au mois de mai suivant le 31 décembre de l'année civile d'application. Le nombre de patients inclut donc les patients non vulnérables ou vulnérables.
- Pour qu'un patient vulnérable soit considéré actif aux fins de l'application du paragraphe 15.01 B), le montant total du forfait annuel de prise en charge prévu pour le mois de janvier doit être versé au médecin pour ce patient, au mois d'avril suivant le 31 décembre de l'année civile d'application.
- Dans le cas où plus d'un médecin reçoit pour un même patient le forfait annuel d'inscription ou le forfait annuel de prise en charge, ce patient est retenu au bénéfice du plus récent médecin auprès duquel il est inscrit aux fins de la détermination du nombre de patients inscrits et actifs.
- Pour les médecins qui pratiquent hors GMF en CLSC ou en UMF-CH et qui sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, les parties négociantes ont convenu d'un moratoire applicable au forfait d'inscription générale pour les années civiles d'application se terminant les 31 décembre 2012, 2013 et 2014. Ainsi, tout patient inscrit en 2009 auprès d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, est réputé actif aux fins du versement du forfait d'inscription générale en juin 2013, 2014 et 2015 et de l'application de la présente mesure, pour autant que le patient demeure inscrit auprès du médecin à la fin de chaque année.

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en GMF ou hors GMF en CLSC ou en UMF-CH, le caractère actif de ses patients peut être maintenu chaque année civile, par la réclamation de l'un des forfaits prévus à la présente entente particulière (forfait de responsabilité à l'examen d'un patient vulnérable, supplément à l'examen périodique d'un enfant de 0 à 5 ans ou supplément de suivi obstétrical) ou à celle relative aux groupes de médecine de famille, pour le forfait annuel que le médecin peut facturer lorsqu'il rencontre un patient.

1.2 Modalités de calcul du taux de prise en charge (paragraphe 15.06)

Pour être admissible au versement des suppléments visés par la présente mesure, le suivi de ses patients actifs doit rencontrer le taux de prise en charge présenté au paragraphe 15.03 pour chaque année civile d'application.

Ce calcul est effectué par la Régie une fois l'année civile terminée. Vous ne pouvez donc savoir en cours d'année votre taux de prise en charge. En ce moment, la Régie n'est pas en mesure de vous informer de votre taux de prise en charge de l'année précédente. Il est prévu de rendre cette information disponible dans l'avenir, soit en juin 2014 pour l'année civile 2013 et ainsi de suite pour les années subséquentes.

Pour les années civiles d'application 2013 et 2014, les parties négociantes ont convenu de ne pas appliquer la disposition relative au respect du taux de prise en charge aux médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes. Ainsi, ces médecins sont considérés respecter le taux de prise en charge de 61 % énoncé au paragraphe 15.03 pour chacune de ces deux années.

1.2.1 Détermination du taux de prise en charge

Le taux de prise en charge est obtenu en effectuant le **rapport entre** le volume des examens et consultations rendus aux patients actifs par le médecin de famille ou les médecins de son groupe de pratique, ce qui constitue le **numérateur**, sur le volume d'examens et consultations rendus à ces patients par tout médecin omnipraticien, ce qui constitue le **dénominateur**.

NUMÉRATEUR

- Le volume de services utilisé pour le calcul du **numérateur** s'obtient en comptabilisant, **pour chaque patient actif** durant l'année civile, le nombre d'examens et de consultations payés au médecin de famille identifié dans tous les lieux visés au paragraphe 3.01 A) soit un cabinet privé, un domicile, un CLSC, une UMF-CH ou une clinique réseau y compris la clinique externe d'un centre hospitalier reconnue comme GMF.

Sont également cumulés dans le numérateur, le nombre d'examens et de consultations payés pour les patients actifs du médecin de famille, et ce, à chaque médecin faisant partie de son groupe de pratique (paragraphe 6.02 D) ou paragraphe 11.03 E)) aux lieux où sont réclamés ces services.

DÉNOMINATEUR

- Le volume de services utilisé pour le calcul du dénominateur s'obtient en comptabilisant, **pour chaque patient actif** du médecin de famille, le nombre d'examens et de consultations payés à **tous les médecins omnipraticiens**, incluant le médecin de famille et les médecins de son groupe de pratique (volume de services cumulés au numérateur), dans un cabinet privé, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en clinique réseau y compris la clinique externe d'un centre hospitalier reconnue comme GMF.

Les examens et consultations rendus à un patient dans un service d'urgence d'un CH ou dans un CLSC du réseau de garde intégré sont exclus du calcul du dénominateur. Il en est de même si les services sont rendus un samedi, un dimanche ou un jour férié dans le site sans rendez-vous d'une clinique réseau.

EXEMPLE

Un médecin de famille a 750 patients actifs et durant l'année 2013, **985** examens et consultations ont été effectués par lui-même et les médecins de son groupe de pratique (volume de services reconnus pour le **numérateur**). Par ailleurs, 130 de ses patients ont été vus par d'autres médecins omnipraticiens pour un total de **155** examens et consultations. Le total des services permettant d'établir le **dénominateur** est alors de **1 140** services, soit 985 (médecin de famille et médecins de son groupe) plus 155 (autres médecins omnipraticiens).

Le taux de prise en charge des patients actifs du médecin de famille est donc de 86,4 % ($985 / 1\ 140 \times 100 = 86,4\ %$) arrondi à l'unité la plus près, soit 86 % pour l'année civile d'application 2013. Si le taux de prise en charge calculé était de 60,5 %, il deviendrait 61 % à la suite de l'arrondissement.

1.2.2 Pratique en obstétrique

1.2.2.1 Pratique principale en obstétrique

La seule exception aux fins du calcul du taux de prise en charge concerne le médecin qui inscrit une clientèle de moins de 100 patients en raison d'une pratique principale en obstétrique (dernier alinéa du paragraphe 15.06). Dans ce cas, pour ses patients actifs, le médecin est réputé rencontrer le taux de prise en charge fixé (paragraphe 15.03) pour l'année civile d'application.

1.2.2.2 Prise en charge temporaire en obstétrique

Pour le médecin qui effectue la prise en charge temporaire en obstétrique selon les dispositions du paragraphe 7.03 de la présente entente particulière, le nombre de patientes enceintes suivies dans l'année civile est cumulé et comptabilisé uniquement dans le calcul du volume de patients inscrits pour le versement des suppléments selon les dispositions prévues au paragraphe 15.01 A).

Toutefois, pour avoir droit au supplément, pour un patient actif, ce médecin doit rencontrer le seuil de patients non vulnérables ou vulnérables actifs déterminés aux paragraphes 15.01 A) ou 15.01 B).

EXEMPLE POUR LA PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE EN OBSTÉTRIQUE

Quatre-vingts (80) des 95 patients inscrits par le médecin, sont actifs au 31 décembre 2013. Le médecin est réputé rencontrer le taux de prise en charge de 61 % pour l'année civile d'application 2013 (dernier alinéa du paragraphe 15.06). Dans la même année, il a effectué la prise en charge temporaire de 512 patientes enceintes. Pour le versement du supplément au volume de patients actifs (paragraphe 15.01 A)), le calcul tiendra compte des **80** patients actifs et des **512** patientes enceintes suivies temporairement, pour un total de 592 patients. Un supplément de 460 \$ sera versé, soit un montant de 5 \$ pour les 92 patients au-delà de 500 patients.

1.3 Taux de prise en charge fixé par année civile d'application (paragraphes 15.03 et 15.04)

Le médecin qui atteint le taux de prise en charge fixé pour une année civile d'application, reçoit 100 % du supplément prévu pour chaque patient actif au cours de l'année. Le taux de prise en charge fixé par les parties négociantes au paragraphe 15.03 est de :

- 61 % au 1^{er} janvier 2012;
- 61 % au 1^{er} janvier 2013*;
- 61 % au 1^{er} janvier 2014*;
- 75 % au 1^{er} janvier 2015*;
- 80 % au 1^{er} janvier 2016*.

Pour le médecin dont la prise en charge et le suivi de sa clientèle n'atteint pas le taux fixé pour l'année d'application concernée, aucun supplément n'est versé.

*** Les parties négociantes sur recommandation du comité paritaire (paragraphe 15.04) ont convenu que le taux de prise en charge fixé à 61 % pour l'année civile 2012 serait maintenu pour les années débutant le 1^{er} janvier 2013 et le 1^{er} janvier 2014. Les taux de prise en charge inscrits ci-dessus pour les années 2015 et 2016, seront révisés ultérieurement.**

L'échelle de progression prévue au paragraphe 15.05 pour le médecin qui n'atteint pas le taux de prise en charge fixé pour une année d'application, devra être révisé étant donné que le taux de prise en charge de 61 % en 2012 ne fait l'objet d'aucune échelle de progression.

Les parties négociantes ont convenu de réviser annuellement la règle de progression du taux de prise en charge en tenant compte de plusieurs facteurs dont, le changement dans l'organisation des soins et le profil de pratique des médecins, l'accessibilité aux services médicaux sans rendez-vous, la mobilité intrarégionale et interrégionale des patients ainsi que le taux de prise en charge moyen dans certaines régions du Québec (paragraphe 15.04).

Le comité paritaire est mandaté pour effectuer la révision et propose aux parties négociantes les recommandations et ajustements appropriés au plus tard le 31 octobre de chaque année civile, en vue de déterminer la progression ou non du taux applicable à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

1.4 Suppléments versés au regard du volume de patients inscrits et actifs (paragraphe 15.01 A) et 15.01 B))

Pour **chaque patient non vulnérable ou vulnérable actif**, le médecin reçoit en plus du forfait d'inscription générale, les suppléments annuels suivants (paragraphe 15.01 A)) :

- un supplément de 5 \$ pour chaque patient inscrit de 501 patients jusqu'à 750 patients;
- un supplément de 10 \$ pour chaque patient inscrit de 751 patients jusqu'à 1 000 patients;
- un supplément de 15 \$ pour chaque patient inscrit de 1 001 patients jusqu'à 1 500 patients;
- un supplément de 20 \$ pour chaque patient inscrit à partir de 1 501 patients.

Pour **chaque patient vulnérable actif**, le médecin reçoit, en plus du forfait annuel de prise en charge d'un patient vulnérable, les suppléments annuels suivants (paragraphe 15.01 B)) :

- un supplément de 5 \$ pour chaque patient vulnérable inscrit de 201 patients vulnérables jusqu'à 300 patients vulnérables;
- un supplément de 10 \$ pour chaque patient vulnérable inscrit de 301 patients vulnérables jusqu'à 500 patients vulnérables;
- un supplément de 15 \$ pour chaque patient vulnérable inscrit à partir de 501 patients vulnérables.

Dans l'éventualité où un médecin met fin massivement et de manière rétroactive à l'inscription d'une partie ou de toute sa clientèle et qu'il ne répond plus aux critères de base, une récupération des montants forfaitaires versés sera effectuée.

2. Majoration relative à la pratique polyvalente (paragraphe 16.00)

Pour avoir droit à la majoration relative à la pratique polyvalente, le médecin qui pratique au Québec doit remplir les deux conditions requises :

- avoir inscrit et effectué le suivi, dans un des lieux prévus au paragraphe 3.01 de la présente entente particulière, soit en cabinet privé, à domicile, en CLSC, en UMF-CH ou en clinique réseau y compris dans la clinique externe d'un centre hospitalier reconnue comme GMF, d'un nombre de patients non vulnérables ou vulnérables déterminé au paragraphe 16.02 et considérés actifs au 31 décembre d'une année civile d'application concernée;

- quel que soit son mode rémunération, pratiquer dans certains établissements ou secteurs d'activité désignés d'un établissement, lesquels sont sujets à de la garde sur place ou de la garde en disponibilité selon l'Entente.

La 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.

2.1 Secteurs de pratique en établissement reconnu aux fins de l'application de la mesure (paragraphe 16.01)

- un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde intégré;
- une unité de soins auprès des malades admis d'un CH;
- la pratique en obstétrique ou en soins palliatifs;
- un centre de soins et d'hébergement de longue durée (CHSLD);
- un centre de réadaptation;
- un centre de détention (incluant le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes qui dispense des services dans un centre de détention à partir de sa nomination en CLSC);
- un centre jeunesse;
- les services de laboratoire rendus dans un CH.

En plus des secteurs énumérés précédemment s'ajoutent :

- les services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale du Québec (ÉVAQ), puisque ceux-ci sont réputés être dispensés dans un service d'urgence d'un CH (*Lettre d'entente n° 188*);
- les services payés dans le cadre de l'*Entente particulière relative à la santé publique* (n° 24) au médecin qui participe à la garde en disponibilité en santé publique;
- les services de support en ligne assurés par le médecin qui pratique dans le cadre de l'*Entente particulière relative au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal* (n° 47) (codes d'activité **215167** et **215169**);
- les services de constat de décès effectués par le médecin qui pratique dans le cadre de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et Laval* (n° 46) (codes d'activité **205160** et **205165**);

La rémunération du médecin qui assume une des fonctions médico-administratives au regard des secteurs de services décrits ci-dessus, soit par exemple le chef du département clinique de médecine générale ou le chef du service d'urgence et leurs assistants, est exclue de l'application de la majoration prévue au paragraphe 16.02.

2.2 Détermination du caractère actif d'un patient (paragraphe 16.03)

- Aux fins de la présente mesure, pour qu'un patient soit considéré actif, le forfait d'inscription générale doit être versé au médecin pour ce patient au mois de mai suivant le 31 décembre de l'année civile d'application;
- De plus, si dans sa clientèle inscrite, le médecin compte plus de 245 patients vulnérables actifs au 31 décembre de l'année civile d'application, un facteur de pondération de 2,5 est appliqué au nombre de patients vulnérables actifs dépassant ces 245 premiers patients actifs. Le nombre de

patients résultant de cette pondération est ajouté au nombre total de patients inscrits et actifs requis au paragraphe 16.02 pour avoir droit à la majoration relative à sa pratique polyvalente.

EXEMPLE

Pour l'année d'application 2013, la clientèle inscrite et active du médecin est de **1 269** patients. Parmi ses patients, on dénombre **595** patients vulnérables actifs. La pondération s'appliquera à 350 patients vulnérables ($595 - 245 = 350$). En appliquant le facteur de pondération de 2,5 pour chaque patient, on obtient 875 patients ($350 \times 2,5$). Si ce calcul donne un résultat comportant une décimale, celui-ci est arrondi à l'unité complète la plus près.

Le nombre total de patients pour l'application du paragraphe 16.02 devient donc :

$1\ 269$ patients moins 595 patients vulnérables = 674 patients non vulnérables.

Les 674 patients non vulnérables **plus** les 245 premiers patients vulnérables actifs auxquels s'ajoutent les 875 patients résultant du calcul de pondération ($350 \times 2,5$) = $1\ 794$ patients. La majoration relative à la pratique polyvalente de ce médecin sera donc de $10\ %$ au lieu de $5\ %$ auquel il aurait droit sans la pondération de la clientèle vulnérable.

2.3 Majoration établie en fonction du nombre de patients inscrits et actifs (paragraphe 16.02)

La majoration applicable à la rémunération versée pour les services dispensés dans les établissements ou secteurs d'activité d'un établissement reconnu au paragraphe 16.01, est fonction du nombre, incluant la pondération, s'il y a lieu, de patients inscrits et actifs du médecin au 31 décembre d'une année civile d'application. La majoration prévue au présent paragraphe est la suivante (paragraphe 16.04) :

- majoration de $2,5\ %$ si au moins 700 patients jusqu'à 999 patients;
- majoration de $5\ %$ si au moins $1\ 000$ patients jusqu'à $1\ 499$ patients;
- majoration de $10\ %$ pour $1\ 500$ patients ou plus.

Dans l'éventualité où un médecin met fin massivement et de manière rétroactive à l'inscription d'une partie ou de toute sa clientèle et qu'il ne répond plus aux critères de base, une récupération des montants forfaitaires versés sera effectuée.

La rémunération versée pour les services dispensés sujette à la majoration relative à la pratique polyvalente :

- exclut la majoration applicable selon les dispositions des annexes XII et XII-A en territoires désignés;
- inclut la prime de responsabilité versée sur $95\ %$ des heures payées au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire dans certains établissements ou installations désignés à un accord, une entente particulière ou à l'*annexe XXII*;
- inclut la prime horaire de soutien aux services de première ligne et le forfait en santé publique prévus à l'*Entente particulière relative à la santé publique*;
- pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le calcul de la majoration à verser est augmenté d'un facteur de $1,28$ pour les heures régulières et d'un facteur de $1,20$ pour les heures de garde afin de tenir compte de la partie de la rémunération versée en avantages sociaux qui est exclue de la rémunération des activités professionnelles.

2.4 Modalités particulières applicables à la majoration relative à la pratique polyvalente (paragraphe 16.04)

Le médecin qui a obtenu son permis de pratique en 2008 ou ultérieurement, peut se prévaloir de la majoration relative à la pratique polyvalente au cours de ses quatre premières années de pratique.

La reconnaissance d'une première année de pratique débute le 1^{er} janvier de l'année civile qui suit immédiatement l'année d'obtention du permis de pratique. Ainsi, pour le médecin qui a obtenu son permis de pratique le 1^{er} juillet 2012, sa première année de pratique aux fins de l'application du paragraphe 16.04, débute le 1^{er} janvier 2013. Au 31 décembre 2013, tous les patients inscrits et actifs suivis depuis le 1^{er} juillet 2012 seront considérés pour la modalité de la première année de pratique.

Dans notre exemple, le pourcentage de majoration relative à la pratique polyvalente s'applique sur la rémunération versée pour les services dispensés entre le 1^{er} juillet 2012 et le 31 janvier 2013.

Majorations	An 1 Patients inscrits	An 2 Patients inscrits	An 3 Patients inscrits	An 4 Patients inscrits
2,5 %	100 à 199	250 à 399	400 à 599	550 à 799
5 %	200 à 299	400 à 599	600 à 899	800 à 1 199
10 %	300 ou plus	600 ou plus	900 ou plus	1 200 ou plus

3. Paiement du supplément au volume de patients inscrits et de la majoration relative à la pratique polyvalente (paragrapes 15.00 et 16.00)

Les mesures d'efficience décrites ci-dessus sont versées au médecin par la Régie au cours du mois de juin suivant l'année civile d'application concernée. Par conséquent, **le versement pour l'année civile 2013 s'effectuera en juin 2014**. Il en sera ainsi pour les années civiles d'application subséquentes.

Une prochaine infolettre vous précisera les modalités du versement de juin 2014.