



À l'intention des médecins omnipraticiens

des chefs de départements régionaux de médecine générale

27 octobre 2017

## Remplacement du taux de prise en charge par le taux d'assiduité aux fins du calcul des suppléments au volume de patients inscrits

Amendements n<sup>os</sup> 154, 156 et 160 – Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (40) (art. 15.00)

Dans le cadre de l'*Amendement n<sup>o</sup> 154*, convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération, le taux de prise en charge prévu à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (40)* est remplacé par le **taux d'assiduité**. Cette mesure est en vigueur depuis le **1<sup>er</sup> janvier 2017**.

En conséquence, les pourcentages de taux d'assiduité permettant de recevoir les suppléments au volume de patients inscrits sont ajustés, de même que l'échelle de progression, et ce, pour **2017** et **2018**.

De plus, la visite et la consultation effectuées par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) ayant conclu une entente de partenariat avec un ou des médecins sont considérées aux fins du calcul du taux d'assiduité selon certaines conditions, conformément aux dispositions introduites par l'*Amendement n<sup>o</sup> 156*.

Cette infolettre présente :

- la définition du taux d'assiduité et les modalités spécifiques qui s'y rattachent;
- l'échelle de progression afférente;
- les particularités s'appliquant au médecin selon qu'il est membre ou non d'un GMF;
- les dispositions spécifiques pour le médecin qui pratique en obstétrique.

### 1 Suppléments au volume de patients inscrits

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Les paragraphes 15.01, 15.03, 15.04, 15.05 et 15.06 de l'[EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle](#) sont modifiés pour refléter le remplacement du taux de prise en charge par le taux d'assiduité.

Vous pouvez consulter cette entente particulière sous *Ententes particulières* dans la *Brochure n<sup>o</sup> 1*, sous l'onglet *Manuels* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

Rappelons que, pour avoir droit aux suppléments au volume de patients inscrits, quel que soit son mode de rémunération, le médecin qui pratique au Québec doit :

- avoir atteint un nombre minimal de patients inscrits et actifs au 31 décembre d'une année d'application pour lesquels il a reçu des forfaits d'inscription ou de prise en charge (paragr. 15.02);
- respecter, pour chaque année civile d'application dans le cadre du suivi de sa clientèle, le taux déterminé par les parties négociantes pour l'ensemble de ses patients inscrits, actifs ou non.

Le taux d'assiduité reconnu à un médecin pour chaque année civile d'application dans le cadre du suivi de sa clientèle détermine le pourcentage de versement des suppléments au volume de patients inscrits auquel il a droit.

### 1.1 Taux d'assiduité donnant droit à la totalité des suppléments (paragr. 15.03)

Le taux d'assiduité donnant droit au paiement de **la totalité des suppléments** au volume de patients inscrits prévus à l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle est précisé au paragraphe 15.03 pour 2017 et 2018 :

Année d'application	Taux d'assiduité reconnu au médecin	Pourcentage de versement des suppléments
à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2017	75 %	100 %
à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2018	80 %	100 %

### 1.2 Échelle de progression (paragr. 15.05)

Pour 2017 et 2018, lorsque le médecin n'atteint pas le taux d'assiduité lui permettant de recevoir la totalité des suppléments au volume de patients inscrits prévus à l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, l'échelle de progression suivante s'applique :

Année d'application	Taux d'assiduité reconnu au médecin	Pourcentage de versement des suppléments
à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2017 (taux d'assiduité de 75 %)	70 - 74 %	75 %
	65 - 69 %	50 %
à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2018 (taux d'assiduité de 80 %)	75 - 79 %	75 %
	70 - 74 %	50 %

Si le taux d'assiduité reconnu au médecin est inférieur à 65 % pour 2017 et à 70 % pour 2018, il ne peut recevoir de supplément au volume de patients inscrits pour l'année d'application concernée.

### 1.3 Calcul du taux d'assiduité et dispositions spécifiques (paragr. 15.06)

Le taux d'assiduité est calculé en se basant sur toutes les visites et consultations effectuées auprès d'une clientèle inscrite, que ce soit par le médecin de famille qui a inscrit cette clientèle, par une IPS-SPL ou par tout autre médecin omnipraticien, selon les dispositions prévues au paragraphe 15.06 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Contrairement au taux de prise en charge applicable antérieurement, calculé sur la base de la clientèle inscrite et active du médecin, le calcul du taux d'assiduité considère tous les patients inscrits auprès du médecin, qu'ils soient actifs ou non.

Des dispositions spécifiques s'appliquent quant au calcul du taux d'assiduité, notamment pour le médecin membre du *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)* (programme GMF) ou pour les services rendus au service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde.

Pour tous les détails, consulter le tableau *Définition du taux d'assiduité* à la section 1.4 de l'infolettre.

#### Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes doit inscrire dans le service en ligne *Gestion des consultations* la visite ou la consultation qu'il effectue auprès d'un patient. Chaque inscription dans ce service en ligne permet à la Régie de considérer la visite ou la consultation dans le calcul du taux d'assiduité du médecin qui a inscrit le patient. Cependant, lorsqu'une visite est associée à un supplément, il n'est pas indispensable de le faire, puisque la Régie tient compte à la fois des données du service en ligne et de celles de la facturation à l'acte lors de la validation.

Pour plus d'information, consultez la section [Registre des consultations](#) de la rubrique *Inscription de la clientèle*, sous l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

#### Visite, consultation et principales exclusions

Tout service rendu à un patient dans les lieux visés par l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle est considéré comme une visite ou une consultation pour le calcul du taux d'assiduité du médecin. Cependant, certains services **ne sont pas considérés** comme une visite ou une consultation et sont donc **exclus** de ce calcul, principalement :

- les actes médico-administratifs (codes de facturation **09900**, **09901**, etc.);
- les actes couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (codes de facturation **09800** et **09801**);
- la constatation de décès (codes de facturation **00013**, **00014**, **15264**, etc.);
- les évaluations médicales et le service prévus à la *Lettre d'entente n° 223* (codes de facturation **98000** à **98012**).

Cette liste n'est pas exhaustive.

## 1.4 Taux d'assiduité (paragr. 15.06)

Le taux d'assiduité est défini au tableau suivant pour le médecin membre et pour le médecin non-membre du programme GMF. Veuillez consulter **les sections 1.4.2 et 1.4.3** de la présente infolettre pour connaître **les particularités** se rapportant à chacun de ces médecins.

### Définition du taux d'assiduité

	Médecin membre du programme GMF	Médecin non-membre du programme GMF
<b>Rapport entre,</b>		
<b>d'une part :</b>	<p>Le total des visites et des consultations faites par le médecin, par un médecin qui fait partie du même groupe* ou par une IPS-SPL ayant conclu une entente de partenariat avec un ou des membres du groupe GMF auprès de sa clientèle inscrite à un site GMF, GMF-R ou GMF-U.</p> <p>Pour le groupe*, seuls les services rendus à tous les sites de ce GMF sont retenus, à condition que le médecin fasse partie de ce groupe.</p>	<p>Le total des visites et des consultations faites par le médecin, par un médecin de son groupe de pratique (paragr. 6.02 C) ou 11.03 E) ou par une IPS-SPL dont il est médecin partenaire, auprès de sa clientèle inscrite et au lieu d'inscription du patient.</p>
	L'ensemble des visites et des consultations associées à la prise en charge et au suivi de grossesse faites par le médecin auprès d'une clientèle inscrite (voir la section 1.5 de l'infolettre).	L'ensemble des visites et des consultations associées à la prise en charge et au suivi de grossesse faites par le médecin auprès d'une clientèle inscrite (voir la section 1.5 de l'infolettre).
<b>et, d'autre part :</b>	<p>Le total des visites et des consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin omnipraticien (incluant le médecin et ceux de son groupe GMF) ou par une IPS-SPL, en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF, en GMF-U, en clinique réseau, en GMF, en GMF-R, au service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde, sous réserve des dispositions précisées dans l'infolettre à la section 1.4.1 <i>Exclusions</i>.</p>	<p>Le total des visites et des consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin omnipraticien (incluant le médecin et ceux de son groupe de pratique) ou par une IPS-SPL, en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF, en GMF-U, en clinique réseau, en GMF, en GMF-R, au service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde, sous réserve des dispositions précisées dans l'infolettre à la section 1.4.1 <i>Exclusions</i>.</p>

\* Pour un médecin pratiquant dans un GMF, son groupe comprend tout médecin faisant partie du même GMF, qui a adhéré au programme GMF et qui se prévaut de l'EP 33 – GMF pour le GMF en question.

### 1.4.1 Exclusions

**N'est pas comptabilisée** dans le calcul du taux d'assiduité toute visite ou toute consultation :

- faite dans un service d'urgence 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 d'urgence lors du même séjour au service d'urgence,
  - auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service d'urgence dans le cadre du même épisode de soins,
  - auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 dirigé vers le service d'urgence par un médecin,
  - auprès d'un patient au service d'urgence d'un établissement dont le code d'autonomie après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès;
- faite par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et associée à la prise en charge et au suivi de grossesse (voir la section 1.5 de l'infolettre).

**Pour le médecin pratiquant hors GMF, s'ajoute** à ces exclusions toute visite ou toute consultation :

- faite à un patient par le médecin auprès duquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le lieu d'inscription.

**Pour le médecin pratiquant en GMF, s'ajoute** à ces exclusions toute visite ou toute consultation :

- faite à un patient par le médecin auprès duquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le GMF;
- faite 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 services;
- faite 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 services et que les ententes de services 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 accorder une dérogation lorsque le GMF concerné démontre qu'une entente de services ne peut être conclue avec un autre GMF de son territoire.

#### **Information présentée dans le ROSPI et taux d'assiduité**

Bien que le rapport d'organisation des services de la clientèle inscrite (ROSPI), accessible par les services en ligne de la Régie, présente certains renseignements sur les activités de première ligne associées à la clientèle d'un médecin, cette information **diffère de celle considérée pour le calcul du taux d'assiduité** de l'article 15.00 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Votre **taux d'assiduité** vous sera présenté dans le bilan *Paragraphe 15 – Supplément au volume de patients inscrits* lorsqu'il sera produit. Dans l'intervalle, **veuillez ne pas adresser de demande** à ce sujet au Centre d'assistance aux professionnels de la Régie.

#### 1.4.2 Médecin membre du programme GMF (paragr. 15.06)

Pour le médecin membre du programme GMF, la visite ou la consultation effectuée auprès de sa clientèle inscrite par un autre médecin membre du même GMF est considérée comme ayant été faite par le médecin lui-même.

Pour un médecin pratiquant dans un GMF, son groupe comprend tout médecin faisant partie du même GMF, qui a adhéré au programme GMF et qui se prévaut de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF)* (33) pour le GMF en question.

Pour le groupe de médecins, seuls les services rendus dans les sites du GMF sont considérés dans le calcul du taux d'assiduité, à condition que le médecin fasse partie du groupe de médecins de ce GMF.

#### **Visite ou consultation faite par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne**

La visite ou la consultation faite par une IPS-SPL auprès de la clientèle inscrite d'un médecin est considérée dans le calcul du taux d'assiduité de ce médecin, à condition que l'IPS-SPL ait conclu une entente de partenariat avec un ou des membres du groupe et que la visite ou la consultation soit effectuée dans un des sites du GMF, du GMF désigné réseau (GMF-R) ou du GMF universitaire (GMF-U).

Aux fins du versement du forfait d'inscription, pour maintenir le caractère actif du patient inscrit auprès d'un médecin, cette IPS-SPL doit inscrire dans le service en ligne *Gestion des consultations* la visite ou la consultation qu'elle effectue auprès de ce patient.

Elle doit aussi inscrire dans ce service en ligne toutes les visites et les consultations qu'elle effectue dans un des sites susmentionnés pour que celles-ci soient considérées dans le calcul du taux d'assiduité du médecin.

Pour plus d'information, consultez la rubrique [Partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée](#), sous l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

#### 1.4.3 Médecin non-membre du programme GMF (paragr. 15.06)

Pour le médecin non-membre du programme GMF, la visite ou la consultation faite auprès de sa clientèle inscrite, au lieu d'inscription du patient, par lui-même ou par les médecins de son groupe de pratique au sens des paragraphes 6.02 C) ou 11.03 E) de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, est considérée dans le calcul du taux d'assiduité.

#### **Visite ou consultation faite par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne**

La visite ou la consultation effectuée par une IPS-SPL au lieu d'inscription du patient auprès de la clientèle inscrite du médecin non-membre du programme GMF dont elle est partenaire est considérée dans le calcul du taux d'assiduité.

Aux fins du versement du forfait d'inscription, pour maintenir le caractère actif du patient inscrit auprès du ou des médecins partenaires, cette IPS-SPL doit inscrire dans le service en ligne *Gestion des consultations* la visite ou la consultation qu'elle effectue auprès de ce patient.

Elle doit aussi inscrire dans ce service en ligne toutes les visites et les consultations qu'elle effectue pour que celles-ci soient considérées dans le calcul du taux d'assiduité du ou des médecins partenaires.

Pour plus d'information, consultez la rubrique [Partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée](#), sous l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession, au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels).

## 1.5 Obstétrique

Pour le médecin pratiquant en obstétrique, l'une des dispositions qui s'appliquait dans le calcul du taux de prise en charge en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 **n'est pas reconduite**, soit celle considérant que ce médecin était réputé respecter son taux de prise en charge à 100 % s'il avait moins de 100 patients inscrits. Le nombre de patientes enceintes prises en charge temporairement demeure, quant à lui, considéré dans le calcul du volume de patients inscrits aux fins de l'octroi des suppléments.

Depuis le **1<sup>er</sup> janvier 2017**, la visite ou la consultation associée à la prise en charge et au suivi de grossesse est considérée dans le calcul du taux d'assiduité uniquement lorsqu'elle est faite auprès d'une patiente **inscrite**, que cette patiente soit inscrite auprès du médecin qui effectue la visite ou la consultation ou auprès d'un autre médecin, que les deux médecins exercent en GMF ou non.

Par exemple, une patiente inscrite auprès du médecin A est suivie pour sa grossesse par le médecin B. La visite est considérée dans le calcul du taux d'assiduité du médecin B comme si la patiente était inscrite auprès de lui. Cette visite est toutefois exclue de ce calcul pour le médecin A, et ce, même si la patiente est inscrite auprès de lui.

## 1.6 Rôle du département régional de médecine générale (DRMG) (paragr. 15.01)

L'alinéa suivant est ajouté sous le paragraphe 15.01 B) :

Aux fins de l'application de la présente disposition, un médecin membre du programme GMF est réputé respecter son obligation relative au taux d'assiduité pour une année d'application donnée si l'avis du DRMG confirme que le manquement au respect du taux résulte du fait que le personnel n'a pas été affecté par le CISSS ou le CIUSSS.

Le DRMG responsable doit aviser le comité paritaire lorsque cette situation se produit. Le cas échéant, le comité paritaire en informe la Régie.

## 1.7 Mandat du comité paritaire (paragr. 15.04)

Le paragraphe 15.04 est remplacé et précise le mandat du comité paritaire. Ce comité assure, entre autres, le suivi du taux d'assiduité des médecins et informe la Régie des modalités à appliquer.

Dorénavant, le comité paritaire peut examiner la situation du médecin qui n'atteint pas le taux d'assiduité prévu pour une année d'application, et plus particulièrement lorsque :

- le taux d'assiduité du médecin est à moins de 3 % de la cible convenue pour l'année d'application;
- le manquement au taux d'assiduité résulte d'une situation particulière documentée par le médecin.

Le cas échéant, le comité paritaire en informe la Régie.