

Devis pour la demande no 20140281A – Livrable 5
Rémunération des médecins et évolution de la performance du système de santé

Demandeur	Marc-André Fournier Damien Contandriopoulos	Devis	Version : Livraison
Organisme	Université de Montréal		Date : 2016-11-08

Précisions

Objet de la demande

La demande porte sur l'analyse du lien entre les modes de rémunération des médecins, leur pratique et la performance du système de santé Québécois. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un appel à projets d'action concertée lancé par le CSBE et géré par les FRQSC et FRQS.

Organisation de la demande

Pour aider à la réalisation de la demande, nous diviserons le besoin en plusieurs livrables. Ce devis détail le **Livrable 5**.

Livrable 1	1, 1a, 2, 42
Livrable 2	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Livrable 3	11, 12, 13, 14, 15, 16
Livrable 4	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24
Livrable 5	25, 26, 27, 28, 29, 34, 35, 36, 37
Livrable 6	30, 31, 32, 33,
Livrable 7	38, 39, 40, 41
Livrable 8	43, 44, 45, 46

Paramètres généraux

Tous les tableaux des livrables 25 à 37 seront créés à partir des médecins actifs calculés lors du livrable 2.

(c'est-à-dire ceux dont la rémunération trimestrielle est supérieure au seuil de revenu minimal de sa spécialité durant ce même trimestre)

Catégorie de médecin : À partir de la spécialité principale du médecin à la date de fin de la période, détaillé par Omnipraticien ou Spécialiste.

Spécialités spécifiques : Si le médecin a l'une des spécialités suivantes, le spécifier.

(Le « Total spécialiste » doit regrouper toutes les spécialités, et non seulement le total des spécialités spécifiques.)

- 3 - Anesthésiologie
- 6 - Cardiologie
- 7 - Chirurgie générale
- 8 - Chirurgie orthopédique
- 13, 14, 23 - Gynécologie, obstétrique-gynécologie et obstétrique
- 18 - Médecine interne
- 24 - Ophtalmologie
- 27 - Pédiatrie
- 28 - Psychiatrie
- 29 – Radiologie

Modes de rémunération des omnipraticiens:

- Rémunération à l'acte (1),
- Rémunération à l'acte sans bénéficiaire (2, 3),
- Rémunération à salaire (4),
- Rémunération à vacation (5, 6, 7)
- Montants forfaitaires (RFD) (11).

Lieux des services (établis selon le fichier établissement usuel de la RAMQ)

1) **CH :**

Les codes d'établissement usuels qui seront considérés sont :

0xxx0 à 0xxx8, 1xxx5, 2xxx5, 4xxx0, 4xxx6 et 4xxx7

(Les codes d'établissement usuel 4xxx1 peuvent se retrouver dans certains cas dans le regroupement des Centres Hospitaliers (CH) (Entre autres dans les rapports statistiques de la RAMQ), et dans d'autres cas comme un service de première ligne. Pour le besoin actuel, le client demande que les codes 4xxx1 soient reconnus comme un service de première ligne.)

2) **CH hors urgence :**

Considérer les mêmes codes d'établissement usuels que pour les Centre Hospitaliers (CH), sauf le code 0xxx7

3) **Urgence :**

Le seul code d'établissement considéré est le 0xxx7

4) **1ère ligne** (Cabinet, GMF, CLSC, Unité de médecine familiale) :

Les codes d'établissement usuels qui seront considérés sont :

31xxx, 32xxx, 33xxx, 34xxx, 4xxx1, 51xx2, 54xxx, 55xxx, 56xxx, 57xxx, 6xxx, 8xxx5 et 9xxx2.

5) **Services cliniques :**

Tous les services facturés à l'acte (Avec ou sans bénéficiaires) ainsi que tous les codes d'emplois du temps suivant se trouvant dans les autres modes de rémunérations :

2, 3, 4, 5, 6, 18, 23, 30, 40, 44, 51, 53, 56, 60, 61, 62, 63, 64, 70, 71, 82, 84, 85, 89, 90, 97, 103, 104, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 118, 119, 120, 121, 132, 139, 143, 228, 238, 239, 240, 276.

Exclure les services facturés à l'acte (Avec ou sans bénéficiaires) alloués pour les journées de ressourcement, les journées de formation continue ainsi que les frais de déplacement : code d'acte 15, 9991, 9813, 19441, 19442, 19660, 19661, 19020, 19021, 19041, 19042, 9800, 9801.

Exclure le regroupement d'acte 99 qui est un regroupement statistique qui nous permet d'identifier les actes médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail.

Groupe d'âge des patients : 0-17; 18-69; 70-79; 80+.

Le groupe d'âge sera déterminé au premier juillet de l'année de la visite. Une visite associée à une personne née après le 1er juillet de l'année de sa visite (ce qui lui donnerait un âge dans le négatif) sera classée avec un âge à zéro, et se retrouvera donc dans le groupe d'âge 0-17 ans.

(Prendre note que le groupe d'âge « Âge indéterminé » comprends entre autres les erreurs de saisies de dates de nos données opérationnelles, celles procurant un âge supérieur à 120 ans, ainsi que celles pour qui la date de naissance est nulle qui dans ces cas est non applicable à la situation selon le type d'actes enregistrés. Nous vous précisons donc du même coup que le groupe d'âge « 80+ » comprend les individus de 80 à 120 ans inclusivement)

Patients vulnérables : Le patient doit avoir une relation avec un dispensateur. Cette relation doit avoir une situation de vulnérabilité au moins une journée durant la période OU bien l'individu doit être âgé d'au moins 70 ans à la fin de cette même période.

Si toutes les conditions sont respectées, l'individu sera considéré vulnérable durant toute la période.

Visites : Le fait pour un patient d'avoir reçu au moins un acte auprès d'un MD au cours d'une journée. Un patient qui a vu 5 MD au cours de la même journée aura 5 visites. On considère une visite à l'urgence comme le fait d'avoir vu au moins un médecin (omni et/ou spécialiste) dans la journée :

Une visite = un patient, avec un médecin, une journée, dans un même lieu.

Une visite au service des urgences = un patient, une journée, dans un lieu codé 0X7

(Pour les visites à l'urgence, un patient qui a vu plus d'un spécialiste dans une même journée et dans un même lieu sera comptabilisé comme étant une seule visite seulement pour le calcul du nombre de visite pour la catégorie « Total spec », alors que pour les spécialités spécifiques, la même visite sera comptabilisée pour chacun des spécialistes rencontrés de la liste décrites dans les paramètres généraux de ce devis)

Les services facturés à l'acte (Avec ou sans bénéficiaires) alloués pour les journées de ressourcement, les journées de formation continue ainsi que les frais de déplacement ne sont pas considérés comme des visites (code d'acte 15, 9991, 9813, 19441, 19442, 19660, 19661, 19020, 19021, 19041, 19042, 9800, 9801).

Le regroupement d'acte 99 qui est un regroupement statistique qui nous permet d'identifier les actes médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail est aussi exclu.

Période à extraire :

Année	Trimestre	DD	DF
2006	1	2006-01-01	2006-03-31
2006	2	2006-04-01	2006-06-30
2006	3	2006-07-01	2006-09-30
2006	4	2006-10-01	2006-12-31
2007	1	2007-01-01	2007-03-31
2007	2	2007-04-01	2007-06-30
2007	3	2007-07-01	2007-09-30
2007	4	2007-10-01	2007-12-31
2008	1	2008-01-01	2008-03-31
2008	2	2008-04-01	2008-06-30
2008	3	2008-07-01	2008-09-30
2008	4	2008-10-01	2008-12-31
2009	1	2009-01-01	2009-03-31
2009	2	2009-04-01	2009-06-30
2009	3	2009-07-01	2009-09-30
2009	4	2009-10-01	2009-12-31
2010	1	2010-01-01	2010-03-31
2010	2	2010-04-01	2010-06-30
2010	3	2010-07-01	2010-09-30
2010	4	2010-10-01	2010-12-31

Année	Trimestre	DD	DF
2011	1	2011-01-01	2011-03-31
2011	2	2011-04-01	2011-06-30
2011	3	2011-07-01	2011-09-30
2011	4	2011-10-01	2011-12-31
2012	1	2012-01-01	2012-03-31
2012	2	2012-04-01	2012-06-30
2012	3	2012-07-01	2012-09-30
2012	4	2012-10-01	2012-12-31
2013	1	2013-01-01	2013-03-31
2013	2	2013-04-01	2013-06-30
2013	3	2013-07-01	2013-09-30
2013	4	2013-10-01	2013-12-31
2014	1	2014-01-01	2014-03-31
2014	2	2014-04-01	2014-06-30
2014	3	2014-07-01	2014-09-30
2014	4	2014-10-01	2014-12-31
2015	1	2015-01-01	2015-03-31
2015	2	2015-04-01	2015-06-30
2015	3	2015-07-01	2015-09-30
2015	4	2015-10-01	2015-12-31

Critères de sélection

Tableau 25, 26, 27, 28 et 29 : Pour les omnipraticiens actifs seulement, à partir des modes de rémunération des omnipraticiens, faire la somme des montants payés et prépayés selon les lieux de service énumérés dans la section « Paramètres généraux » ci-haut. Détailler ces résultats par trimestre.

Les montants forfaitaires (RFD) seront interprétés comme de la rémunération en 1ère ligne.

Extraction pour les tableaux 34 à 37 :

Pour chacun des médecins actifs, extraire du mode de rémunération à l'acte avec bénéficiaire(1), les établissements de facturation (no usuel et localité), individu et date de service.

Tableau 34 : À partir de tous les médecins actifs, compter le nombre de visites par catégorie de médecins, par spécialité spécifique et par trimestre.

Tableau 35 : Pour les omnipraticiens actifs seulement, compter le nombre de visites en 1ère ligne par groupe d'âge des patients.
Détailler ces résultats par trimestre.

Tableau 36 et 37 : Pour les omnipraticiens actifs seulement, compter le nombre de visites à l'urgence et le nombre de visites en première ligne de patients vulnérables.
Détailler ces résultats par trimestre.

Données à produire

Toutes les données seront produites de façon brute, sans entêtes et sans mise en page (Fichier Excel).

Si le volume de données venait à être considérable, les données pourraient être produites plutôt en format CSV (fichier texte séparé par des « ; »).

Les rapports sont présentés dans cette section afin de pouvoir visualiser :

- la disposition des résultats attendus,
- les entêtes de chacune des colonnes (Car elles ne se retrouveront pas dans le fichier de sortie)
- le domaine de valeurs attendues des différents éléments.

Tableau 25, 26, 27, 28 et 29

Année	Trimestre	Montant total en 1ère ligne	Montant total des services cliniques en 1ère ligne	Montant total des services rendus à l'acte en 1ère ligne	Montant total en centre hospitalier hors-urgence	Montant total à l'urgence
2006	1	999 999 \$	999 999 \$	999 999 \$	999 999 \$	999 999 \$
2007	2
...	3					
2015	4					

Tableau 34 :

Année	Trimestre	Catégorie de médecin	Spécialités spécifiques	Nombre de visites
2006	1	Omni	Total omni	999 999
2007	2	Spec	Total spec	...
...	3		Anesthésiologie	
2015	4		Cardiologie	
			Chirurgie générale	
			Chirurgie orthopédique	
			Gynécologie, obstétrique-gynécologie et obstétrique	
			Médecine interne	
			Ophtalmologie	
			Pédiatrie	
			Psychiatrie	
			Radiologie	

Tableau 35 :

Année	Trimestre	Groupe d'âge	Nombre de visites en 1ère ligne
2006	1	De 0 à 17 ans	999 999
2007	2	De 18 à 69 ans	...
...	3	De 70 à 79 ans	
2015	4	De 80 ans et plus	

Tableau 36 et 37 :

Année	Trimestre	Visites à l'urgence	Visites par des patients vulnérables
2006	1	999 999	999 999
2007	2
...	3		
2015	4		

Complément d'information

Protection des renseignements personnels (PRP)

Selon notre loi sur l'assurance maladie et nos directives de protection des renseignements personnels, nous devons nous assurer que les données que nous fournissons soient *anonymes*. Par conséquent certaines données pourront être mises à zéro, si elles représentent moins de **5 individus** ou moins de **3 dispensateurs**, ceci afin de ne pouvoir les relier à une personne particulière.

Si certaines données devaient être mises à zéro, nous vous préviendrons afin de faire les regroupements pertinents pour vous.

Information technique pour le client

Information technique pour la RAMQ

Protection des renseignements personnels :

- ✓ Appliquer la règle de PRP, si moins de 5 personnes ou moins de 3 dispensateurs, mettre la statistique à zéro.

Périodes à extraire

Utiliser cette table pour assigner l'année et le trimestre à extraire - P_S8STEI.D20140281A_PERIODE_A_EXTRAIRE

Aide pour les modes de rémunération :

K:\22000_Ad_hoc\Demandes Ad Hoc et repetitives\Dossiers 2014\20140281A - Damien Contandriopoulos\Besoin\Analyse Mario\Technique\Exemple extraction montant VS modes de remuneration.sql

Services cliniques et critères d'exclusion pour les visites

Criteres Services cliniques.txt

Lieux des services (établis selon le fichier établissement usuel de la RAMQ)

Critères Lieux de services.txt

(Un lieu correspond à l'établissement usuel, ou à la localité si l'établissement usuel est absent.)

Préparé par Mario Picard

Dernière mise à jour le 2017-02-20