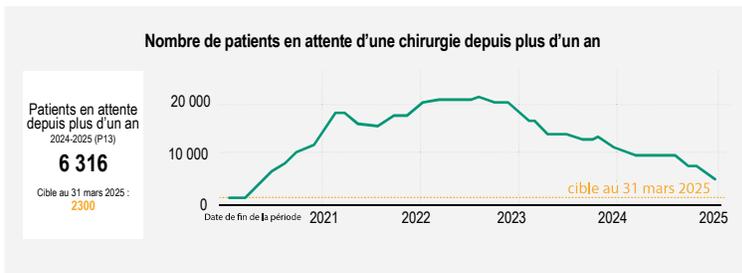
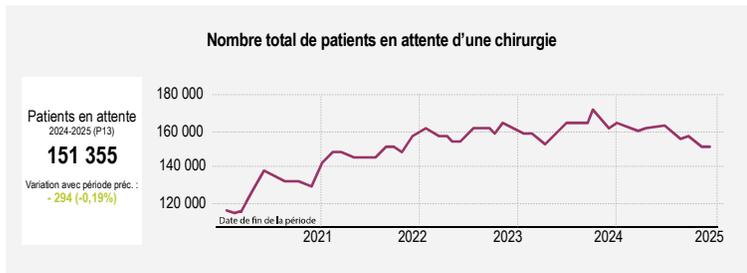
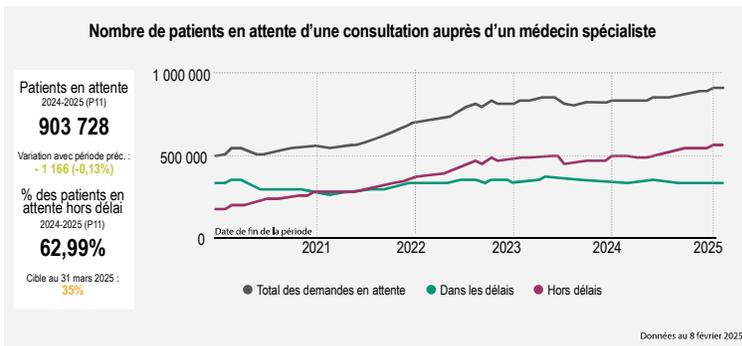
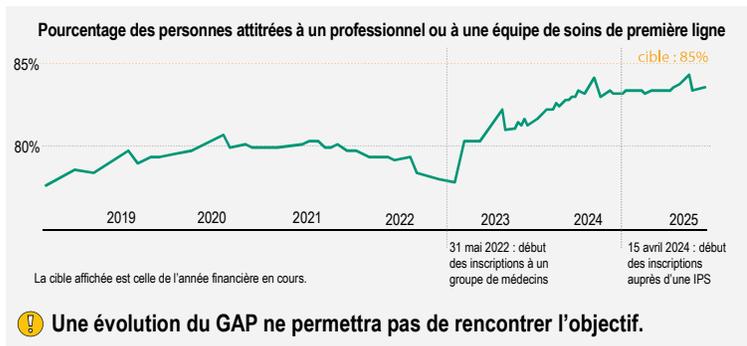


Contexte | Malgré les efforts déployés pour améliorer l'accès aux soins et services médicaux, celui-ci demeure insuffisant pour répondre à l'ensemble des besoins de la population

Le système de santé québécois est confronté à des défis importants en matière d'accès, de continuité et d'imputabilité. L'augmentation de la population, son vieillissement et la croissance du nombre de personnes socialement vulnérables et présentant de nombreuses comorbidités entraînent une hausse significative des besoins en services de santé et en services sociaux. Une offre insuffisante de services médicaux constitue une menace pour la santé, la qualité de vie des citoyens ainsi que pour la cohésion sociale et l'économie.

Les dernières années démontrent qu'il y a eu une augmentation globale de la rémunération des médecins. Cette dernière a longtemps été basée principalement sur le paiement à l'acte et des forfaits, et ce, avec peu d'indicateurs liés à la performance. Ce mode de rémunération, bien qu'efficace pour certaines pratiques, a montré des limites en termes d'accès et de pertinence des soins.



Trois axes d'intervention pour atteindre un équilibre entre l'offre et les besoins de la population

GÉRER LA DEMANDE

Soutenir l'utilisateur dans l'identification de son besoin et le diriger vers le bon professionnel pour son besoin.

AJUSTER L'OFFRE

Dégager du temps pour que les médecins voient les bons patients.
Utiliser le plein champ d'expertise de l'ensemble des professionnels.

ALIGNER LES INTÉRÊTS

Déployer des standards de performance.
Miser sur la responsabilité populationnelle et collective pour assurer la continuité des soins pour l'ensemble de la population.

Exemples d'initiatives visant à améliorer l'accès aux soins de santé.

🔍 Déploiement d'un filtre de pertinence

⚖️ Loi visant à réduire la charge administrative des médecins

📄 Règlement sur les mécanismes d'accès **À VENIR**

🖱️ Mise en place de la plateforme Votre Santé — autosoins

🖱️ Mise en place du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) et renouvellement de l'Entente GAP

👥 Augmentation de 40 % du nombre d'étudiants en médecine

👥 Déploiement des cliniques d'IPS

⚖️ Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public

⚖️ Loi modifiant le Code des professions (élargissement des pratiques)

📄 Programme GMF - édition 2025

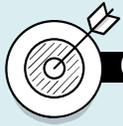
📄 Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé

⚖️ Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LG4S)

📄 Politique gouvernementale de 1^{re} ligne **À VENIR**

⚖️ Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux

📄 Plan stratégique 2023-2027 du MSSS



Objectif

100 % des Québécois sont affiliés à un milieu de soins

de proximité, permettant ainsi un accès aux soins et services dont ils ont besoin, au bon moment, par la bonne personne.

L'intervention proposée vise à mettre en place un nouveau mode d'organisation clinique et à instaurer la responsabilité collective des médecins envers la population afin d'améliorer l'accès aux soins et aux services médicaux. Il est proposé d'apporter des modifications à diverses lois en matière de services de santé et de services sociaux, et ce, par la présentation d'un projet de loi intitulé « Projet de loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux ».

PRISE EN CHARGE

- 1 Prévoir un processus de prise en charge collective
- 2 Introduire un nouveau mode de rémunération

ACCÈS

- 3 Mettre en place un supplément collectif favorisant l'atteinte d'objectifs

COUVERTURE

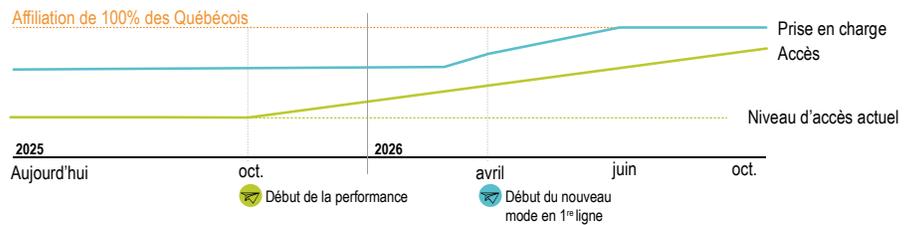
- 4 Prévoir l'élaboration, en médecine de famille et en médecine spécialisée, de plans de couverture

Les répercussions directes de l'intervention se traduiront par une augmentation progressive de l'accès aux services médicaux.



Distribuer la population constitue la partie « facile ». Mais, sans accès, cette action est délétère. L'accès est essentiel et la clé de la réussite pour répondre à l'objectif.

Évolution anticipée de la prise en charge de la population



Éléments clés du projet de loi

Prise en charge (médecins de famille)

- 1 **PRÉVOIR UNE PRISE EN CHARGE COLLECTIVE**
 - Introduire l'affiliation collective de la population à un milieu de pratique en vue de sa prise en charge.
 - Préciser que les départements territoriaux de médecine familiale (DTMF) devront s'alimenter à partir du Guichet d'accès à un milieu de pratique pour attribuer les personnes.
 - Confier la responsabilité aux DTMF d'affilier les gens à un milieu de pratique.
- 2 **INTRODUIRE UN NOUVEAU MODE DE RÉMUNÉRATION**
 - Introduire que le ministre détermine par règlement les modes de rémunération pour tous les professionnels.
 - Introduire un règlement prévoyant les composants du nouveau mode de rémunération composée en première ligne (capitation, acte et horaire).
 - Modifier la Loi sur l'assurance maladie (LAM) afin de prévoir le versement d'une rémunération par capitation pour la prise en charge d'une personne assurée, que cette personne ait, ou non, recours aux services de ces médecins; établir que cette rémunération est collective aux médecins d'un même milieu de pratique.

Accès (médecins spécialistes et de famille)

- 3 **METTRE EN PLACE UN SUPPLÉMENT COLLECTIF FAVORISANT L'ATTEINTE D'OBJECTIFS**
 - Introduire la notion de supplément collectif s'ajoutant à la rémunération des médecins.
 - Introduire la notion de collectivités médicales qui peuvent être nationales, territoriales ou locales.
 - Instaurer la possibilité pour la collectivité médicale d'avoir des leviers pour mobiliser les médecins qui la composent.
 - Préciser les modalités de versement du supplément collectif et la méthode de calcul.
 - Permettre au gouvernement de fixer par règlement les objectifs visant l'amélioration de l'accès aux services médicaux.

Couverture (médecins spécialistes et de famille)

- 4 **PRÉVOIR L'ÉLABORATION DE PLANS DE COUVERTURE**
 - Modifier la LG4S afin d'obliger les DTMF à produire et à exécuter un plan de couverture régionale.
 - Ajouter dans la LG4S l'obligation pour Santé Québec d'établir un plan de couverture pour chaque spécialité médicale.

Le nouveau mode d'organisation clinique en première ligne

L'affiliation des patients sera dorénavant gérée localement et non plus individuellement par médecin. Le besoin clinique du patient déterminera l'accès dont il peut bénéficier à son milieu de soins et non plus selon son statut ou l'offre disponible. La collaboration interprofessionnelle sera mise de l'avant afin de répondre aux besoins des usagers affiliés et de soutenir les médecins dans leur pratique. Un filtre de pertinence sera déployé à travers le réseau pour orienter vers le professionnel pouvant adéquatement répondre à son besoin.

Affiliation

Chaque personne est affiliée à un milieu de soins. Elle a accès à l'équipe de soins dans ce milieu (pertinence) et aux trajectoires de soins dans son réseau local.

Les personnes actuellement inscrites collectivement restent affiliées à leur milieu de soins actuel.

Association

Selon la condition du patient et selon le plan d'organisation clinique, l'association à un professionnel identifié comme « le plus responsable » sera faite au sein du milieu d'affiliation afin d'assurer la continuité des soins et services, en suivi longitudinal.

Les personnes ayant actuellement un médecin de famille le conserveront.

Activités de 1^{re} ligne (cabinet, CLSC et GMF)

- Visite de suivi, rendez-vous ponctuel, visite à domicile, télémédecine, consultation pour un autre professionnel, suivi de grossesse, procédures, intervention clinique, etc.
- Enseignement et supervision auprès de professionnel.

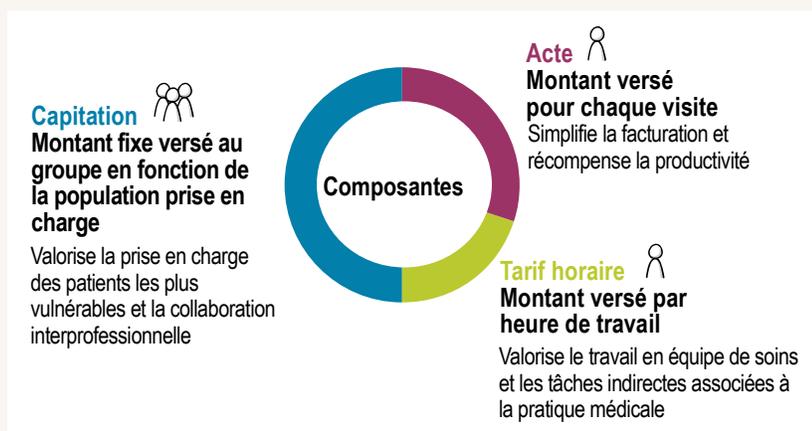
Exemple d'activités exclues du panier de services de 1^{re} ligne

- Visite musculosquelettique, soins palliatifs, aide médicale à mourir, obstétrique, IVG, CHSLD, etc.

Composantes

Le mode de rémunération proposé comprend une portion importante de capitation liée à la prise en charge des usagers par le groupe de médecins. De plus, le médecin reçoit un montant pour les heures travaillées en plus de facturer chaque interaction avec le patient ou le travail en collaboration interprofessionnelle.

Pour le patient, le changement de rémunération offre des avantages par rapport aux modèles traditionnels de paiement à l'acte. Il favorise l'amélioration des soins aux patients et la viabilité globale de la pratique en permettant aux médecins de se concentrer davantage sur les besoins des patients et sur les soins préventifs. Ce nouveau modèle de rémunération privilégie le travail d'équipe et les soins collaboratifs, favorisant une meilleure coordination entre les prestataires de soins.



Critères de vulnérabilité

La méthodologie permet de classifier les personnes selon leur profil de santé, à partir des données médico-administratives et des informations sur les diagnostics indiqués dans les dossiers patients. La capitation devra être modulée en fonction des critères de vulnérabilité selon la méthode Grouper utilisée par l'INESSS.

