

AMENDEMENT 195

Bonjour chers clients,

Ceci est un résumé de l'infolettre 141 publiée par la RAMQ qui présente les détails de l'amendement 195. Il contient un survol des conditions d'application en mettant l'emphase sur les nouvelles modalités de facturation découlant de l'amendement. Il est donc important de consulter l'infolettre et les différentes lettres d'entente pour s'assurer de bien connaître les détails concernant les conditions d'admissibilité et de participation aux présentes ententes.

L'amendement 195 introduit un total de cinq nouvelles lettres d'entente visant à adresser la problématique d'accessibilité aux services médicaux de première ligne au Québec.

1. Lettre d'entente 368 - Accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité
2. Lettre d'entente 370 – Montants forfaitaires au médecin qui exerce en deuxième ligne
3. Lettre d'entente 372 – Montant forfaitaire au médecin qui exerce en première ligne des territoires insuffisamment pourvus d'effectifs médicaux
4. Lettre d'entente 374 – Accès au sans rendez-vous populationnel dans les milieux non GMF
5. Lettre d'entente 376 – Montants forfaitaires au médecin qui exerce auprès de clientèles spécifiques

Ces lettres d'entente entrent en vigueur rétroactivement au 1^{er} juin 2022. Pour cette raison, les trimestres d'application de ces lettres d'entente sont les suivants :

- 1^{er} juin au 31 août;
- 1^{er} septembre au 30 novembre;
- 1^{er} décembre au 28 février (ou 29 février);
- 1^{er} mars au 31 mai.

IMPORTANT :

Nous ne serons pas en mesure de savoir le nombre de forfaits auquel vous aurez droit, il faudra que les informations nous soient transmises directement.

Consulter le MD responsable de votre groupe afin de connaître les forfaits qui vous seront attribués

Nous n'aurons pas accès aux rapports produits par la Régie pour le calcul.

1. Lettre d'entente 368 - Accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité

1.1. Inscription de groupe pour les patients en attente au GAMF

Les médecins exerçant dans un lieu d'inscription en première ligne peuvent, sur une base volontaire, former un groupe de médecins afin de prendre en charge un nombre de patients en attente au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Les médecins qui travaillent dans un cabinet sont réputés être un seul groupe.

Lorsqu'un GMF comprend plusieurs sites, il doit y avoir un groupe par site.

On entend par lieu d'inscription en première ligne (ci-après « cabinet ») les lieux suivants :

- cabinet GMF;
- cabinet non GMF codifié;
- GMF-U en cabinet;
- CLSC GMF ou non;
- GMF-U en établissement

Un médecin responsable doit être désigné pour chacun des cabinets. Le responsable doit communiquer avec son DRMG pour qu'un nombre de patients soit déterminé selon la capacité du groupe. Par la suite, le Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) transmet au cabinet la liste des patients qui lui est attribuée.

Les patients GACO sont considérés comme inscrits au cabinet mais demeurent inscrits auprès du Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) puisqu'ils pourront être pris en charge individuellement par un médecin.

De là, pour chaque trimestre d'application, en autant que l'offre et la prestation de services collectifs respectent les conditions de l'entente, les médecins du groupe qui participent ont accès aux modalités de rémunération.

Modalités de rémunération

- a) Le groupe de médecins peut bénéficier d'une rémunération forfaitaire de 30 \$ par patient (code 42251) qui s'ajoute à votre rémunération habituelle. Le nombre de forfaits alloués correspond au nombre de patients inscrits en groupe au cabinet. Ce nombre est déterminé le jour précédent chaque trimestre d'application, à l'exception du 1er trimestre pour lequel le nombre de patients est déterminé le 30 juin 2022.

Exemple

Trimestre du 1er décembre 2022 au 28 février 2023 :

Le 15 novembre 2022, 5 médecins d'une clinique prennent en charge 500 patients.

Le 20 novembre 2022, ces mêmes médecins prennent en charge 250 patients. Ainsi, au 30 novembre, 750 patients sont pris en charge par ces médecins.

Par conséquent, si l'offre de services liée à l'orchestrateur est respectée pour le trimestre du 1er décembre 2022 au 28 février 2023, les 5 médecins peuvent se partager le nombre de forfaits, selon la répartition effectuée par le médecin responsable :

$$750 \text{ patients} \times 30 \$ = 22\,500 \$$$

Avant de facturer les forfaits, les médecins doivent s'assurer qu'ils respectent l'offre médicale liée aux données de l'orchestrateur en consultant le rapport transmis.

Ces mêmes médecins prennent un autre lot de 500 patients le 27 février 2023. Donc, pour le trimestre de mars à mai, il y a 1 250 patients au total, soit 37 500 \$ à partager entre les médecins. Après le trimestre, le médecin responsable doit s'assurer du respect de l'offre de services liée à l'orchestrateur.

- Facturer le nombre de forfaits accordé par le médecin responsable (unités) au moyen du code de facturation 42251, en indiquant comme date de service le dernier jour du trimestre d'application.
- b) Le médecin qui effectue une visite pour un patient inscrit en groupe bénéficie d'une modalité d'exception. Au lieu de la visite ponctuelle mineure et de la visite ponctuelle complexe, qui sont normalement applicables dans le cadre du sans rendez-vous, **vous pouvez facturer la visite de suivi prévue pour les patients inscrits, vulnérables ou non.**
- Utiliser l'élément de contexte *Patient inscrit en groupe selon la LE – Accès à l'offre de services en première ligne.*

1.2. Accès aux patients sans médecin de famille – GMF-AR

Cette mesure vise l'ensemble des médecins qui exercent dans les GMF-AR et qui rendent des services auprès des patients suivants, qui n'auront pas été inscrits en groupe :

- patients en attente au GAMF, qu'ils soient orphelins ou non;
- patients orphelins non-inscrits au GAMF;
- patients inscrits ailleurs, dans une autre clinique ou dans un autre GMF.

Ces patients pourront être dirigés vers une offre réservée de sans rendez-vous populationnel. La prise de rendez-vous est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou selon le plan de contingence établi par les DRMG. Toutefois, pour un suivi convenu entre le patient et vous, la prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet. Dans ce cas, la visite est comptabilisée dans votre offre de services attendue.

De là, pour chaque trimestre d'application, en autant que l'offre de services respecte les conditions de l'entente, les médecins qui participent ont accès aux modalités de rémunération.

Modalités de rémunération

Le médecin qui participe reçoit une rémunération forfaitaire établie selon le nombre de visites effectuées trimestriellement auprès de patients orphelins ou inscrits ailleurs.

Les forfaits sont versés rétroactivement après chaque trimestre.

- Aucune facturation additionnelle nécessaire;
- [Tableau des forfaits.](#)

1.3. Accès en temps opportun pour les patients inscrits à un médecin de famille

La mesure d'accès en temps opportun vise à permettre aux patients inscrits ayant une condition urgente ou semi urgente d'avoir accès à son médecin de famille ou à son groupe dans un court délai. On entend par visite en accès en temps opportun une visite réalisée par le médecin dont la

plage de rendez-vous a été prise par le patient moins de 72 heures auparavant. Pour se prévaloir de cette modalité, le tiers de ces consultations devront être réalisées en moins de 36 heures.

Pour chacun des trimestres suivants, vous devez avoir réalisé les cibles indiquées pour les visites considérées comme des visites en temps opportun :

- 1^{er} trimestre : 10 %;
- 2^e trimestre : 15 %;
- 3^e trimestre : 20 %;
- 4^e trimestre et trimestres suivants : 30 %.

Pour le détail des cibles associées au changement de pratique vers l'accès adapté, consultez les [paragraphes 3.4 et 3.5 de la Lettre d'entente no 368](#). Un rapport des données de l'orchestrateur sera fourni au médecin postérieurement pour chaque trimestre.

De là, pour chaque trimestre d'application, en autant que l'offre de services respecte les conditions de l'entente, les médecins qui participent ont accès aux modalités de rémunération.

Modalités de rémunération

Les médecins qui participent peuvent réclamer le forfait d'un trimestre (code 42252) pour lequel les seuils établis ont été respectés.

Exemple

Trimestre du 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023 :

Nombre de patients inscrits au 1^{er} novembre 2022 : 1 100.

Lorsque vous recevez le rapport concernant les données de l'orchestrateur, vous constatez que vous respectez les seuils établis. Vous pouvez donc utiliser, en date du 28 février 2023, le code de facturation 42252.

Montant versé par la RAMQ après réévaluation : 3 750 \$.

- Facturer le code 42252 sans unité, en indiquant comme date de service le dernier jour du trimestre d'application;
- [Tableau des forfaits](#)

2. Lettre d'entente 370 – Montants forfaitaires au médecin qui exerce en deuxième ligne

La Lettre d'entente 370 relative au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce en deuxième ligne (centres hospitaliers, centres de détention, santé publique) entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et se termine au plus tard le 31 mai 2024.

Un montant forfaitaire est versé trimestriellement pour les services rendus en établissement. Pour les services exclus, consultez la présente [lettre d'entente](#).

Le premier versement sera vers le 30 novembre 2022 pour la période du 1^{er} juin 2022 au 31 août 2022. Ces montants forfaitaires sont exclus du calcul du revenu brut trimestriel.

- Aucune facturation additionnelle nécessaire

3. Lettre d'entente 372 – Montant forfaitaire au médecin qui exerce en première ligne des territoires insuffisamment pourvus d'effectifs médicaux

La Lettre d'entente 372 relative au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce en première ligne dans des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et se termine au plus tard le 31 mai 2024.

Un montant forfaitaire est versé trimestriellement pour les services rendus en première ligne dans des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé selon l'Annexe XII. Pour les services exclus, consultez la présente [lettre d'entente](#).

Ce forfait permet de combler la différence entre le montant que vous avez reçu, majoré selon le taux applicable en cabinet, et le montant que vous auriez reçu selon la majoration applicable en établissement.

Le premier montant forfaitaire sera versé vers le 30 novembre 2022 pour la période du 1^{er} juin 2022 au 31 août 2022. Ce montant forfaitaire est exclu du calcul du revenu brut trimestriel.

- Aucune facturation additionnelle nécessaire

4. Lettre d'entente 374 – Accès au sans rendez-vous populationnel dans les milieux non GMF

La [Lettre d'entente 374](#) vise à accroître l'accès en sans rendez-vous populationnel dans les milieux non GMF.

Les patients en attente au GAMF et les patients orphelins non-inscrits au GAMF peuvent être dirigés vers des cabinets codifiés ou des CLSC non GMF, qui ont une offre réservée de sans rendez-vous populationnel. Le médecin responsable du cabinet ou du CLSC doit convenir avec leur DRMG du nombre de plages offertes au sans rendez-vous populationnel pour chaque trimestre d'application.

De là, pour chaque trimestre d'application, en autant que l'offre de services respecte les conditions de l'entente, les médecins qui participent ont accès aux modalités de rémunération.

Modalités de rémunération

Un montant forfaitaire (codes 42253 à 42264) est accordé selon le nombre de plages offertes trimestriellement par l'ensemble des médecins participants. À la suite de la réception d'un rapport trimestriel concernant les données de l'orchestrateur, si l'atteinte de l'offre médicale est respectée, le médecin responsable répartit le montant du forfait trimestriel entre les médecins selon l'importance de l'offre de chacun.

Chaque médecin peut alors facturer le forfait selon la répartition effectuée par le médecin responsable.

Exemple

Trimestre du 1^{er} juin au 31 août 2022 :

Durant ce trimestre, 2 médecins participent à la présente mesure. Ils offrent 650 plages.

À la suite de la réception du rapport, le médecin responsable divise le montant de 10 553 \$ entre les 2 médecins. Les 2 médecins ont offert la même offre de service.

Ainsi, l'un peut utiliser le code de facturation 42255 pour un montant de 5276 \$ et le second peut utiliser le code de facturation 42255 pour un montant de 5277 \$.

- Facturer le montant accordé par le médecin responsable (unités) au moyen du code approprié, en indiquant comme date de service le dernier jour du trimestre d'application;
- [Tableau des forfaits](#)

5. Lettre d'entente 376 – Montants forfaitaires au médecin qui exerce auprès de clientèles spécifiques

Pour la période entre le 1er juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement pour les services rendus en première ligne dans les secteurs suivants :

- enseignement;
- gériatrie ambulatoire;
- itinérance;
- interruption volontaire de grossesse;
- musculosquelettique;
- santé mentale;
- pédiatrie sociale;
- réfugiés;
- soins à domicile;
- suivi de grossesse;
- soins palliatifs;
- toxicomanie.

Les montants forfaitaires seront versés trimestriellement. Le premier versement sera vers le 30 novembre 2022 pour la période du 1er juin 2022 au 31 août 2022.