



Gériatrie ambulatoire, clinique pour réfugiés et autres modifications

Amendement n° 181

La RAMQ vous présente l'*Amendement n° 181* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Les modifications à votre entente sont en vigueur depuis le **1^{er} juin 2019** et sont les suivantes :

- Ajout de la *Lettre d'entente n° 340* relative à la rémunération des activités de gériatrie ambulatoire en CHSGS, en CHSLD ou en CLSC;
- Ajout de modalités à l'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires (17)* pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire dans une clinique pour réfugiés désignée;
- Remaniement de l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (53)*;
- Concordances aux annexes XXII et XXIII pour exclure le secteur de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la *Lettre d'entente n° 340*.

1 Gériatrie ambulatoire en CHSGS, en CHSLD ou en CLSC

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

La [*Lettre d'entente n° 340 ayant pour objet des modalités particulières de rémunération pour les activités de gériatrie ambulatoire réalisées en CHSGS, en CHSLD ou en CLSC*](#) est introduite à votre entente. La date d'entrée en vigueur est le **1^{er} juin 2019**.

Cette lettre d'entente prévoit un forfait horaire de **23,95 \$** qui s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées à honoraires fixes (régime A) ou à tarif horaire par le médecin désigné pour les services rendus dans le secteur d'activité de la gériatrie ambulatoire ou de la psychogériatrie ambulatoire en CHSGS, en CHSLD ou en CLSC.

Le médecin peut bénéficier de ce forfait horaire si :

- il est désigné par le comité paritaire;
- il détient une **nomination** dans le secteur d'activité de la gériatrie ambulatoire de deuxième ligne, y compris un hôpital de jour, dans un CHSGS, un CHSLD ou un CLSC;
- il est rémunéré à **honoraires fixes** (régime A) ou à **tarif horaire**.

La liste des médecins désignés est transmise à la RAMQ par les parties négociantes. La RAMQ informe le médecin concerné de sa désignation. Ensuite, l'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [*Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte*](#) (1897) ou [*Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte*](#) (3547) pour chacun des médecins visés.

Le médecin qui exerce dans ce secteur d'activité et qui n'a pas été désigné à cette fin doit communiquer avec le comité paritaire pour rectifier la situation. Sinon, sa facturation sera refusée même si l'établissement a transmis l'avis de service requis.

Lors de la facturation, le médecin doit utiliser le code d'activité **285XXX** pour les services rendus dans ce secteur en CHSGS ou en CHSLD et le code d'activité **286XXX** pour les services rendus dans ce secteur en CLSC. L'utilisation de ce code d'activité permet d'identifier les heures consacrées aux activités de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire de manière à faciliter leur comptabilisation pour le versement du forfait horaire.

En attendant que la RAMQ confirme au médecin la réception de l'avis de service, il peut :

- facturer ses services sans utiliser les codes d'activité spécifiques à ce secteur et faire ensuite une demande de révision pour indiquer à la RAMQ quelles heures facturées ont été réalisées dans ce secteur depuis le 1^{er} juin 2019;
- utiliser les codes d'activité spécifiques à ce secteur. La validation et le paiement auront lieu uniquement à la suite de la réception de l'avis de service. Le médecin n'aura pas à faire de demande de révision.

Le forfait est versé sur une base trimestrielle. Le premier versement, rétroactif au 1^{er} juin 2019, paraîtra à l'état de compte :

- du **25 octobre 2019** pour le médecin rémunéré à honoraires fixes (régime A);
- du **21 octobre 2019** pour le médecin rémunéré à tarif horaire.

Le forfait s'applique uniquement pour les activités effectuées dans le secteur visé, et ce, peu importe le mode de rémunération du médecin pour ses autres activités tenues dans la même installation.

Ce forfait horaire s'ajoute à la prime de responsabilité décrite aux paragraphes 3.02 a) et 4.01 a) de l'annexe XXII. Il est exclu du calcul du revenu brut trimestriel du médecin de même que du calcul du taux d'assiduité en CLSC.

Le médecin adhérent au régime B de la rémunération à honoraires fixes ne peut bénéficier de ce forfait. Toutefois, malgré les paragraphes 1.03 et 3.01 de l'annexe XXII, il peut modifier son adhésion à ce régime dans les 3 mois suivant l'entrée en vigueur de la *Lettre d'entente n^o 340*, peu importe la date de renouvellement de sa nomination. Il en est de même pour le médecin rémunéré à l'acte dans d'autres secteurs de gériatrie ou de soins courants dans un milieu désigné. Cette modification vise alors les activités réalisées dans le secteur de la gériatrie ambulatoire ou de la psychogériatrie ambulatoire de façon distincte des autres activités de gériatrie ou de soins courants dans le milieu visé.

Les dispositions de l'annexe XX ne s'appliquent pas au forfait horaire. Toutefois, les majorations des annexes XII et XII-A s'appliquent.

Les cliniques externes tertiaires en gériatrie d'un CHSGS sont exclues de la présente lettre d'entente. De plus, les dispositions de la *Lettre d'entente n° 340* ne s'appliquent pas au médecin rémunéré en vertu de :

- l'EP 1 – Grand-Nord;
- l'EP 23 – Chibougamau;
- l'EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord;
- l'EP 44 – CISSS des Îles.

Registre des consultations

Conformément au paragraphe 1.03 de la *Lettre d'entente n° 340*, le médecin doit utiliser le registre des consultations de la RAMQ pour inscrire les visites des patients visés, dans la mesure où ces patients détiennent une carte d'assurance maladie.

Le médecin doit :

- inscrire le numéro d'assurance maladie du patient;
- préciser la date du service;
- inscrire le numéro de l'établissement;
- cocher la case *Gériatrie ambulatoire*.

L'inscription d'une consultation au registre doit être effectuée au plus tard 90 jours suivant la fin de l'année d'application. Pour modifier une consultation, le médecin doit la supprimer et l'inscrire à nouveau avec la bonne information. La suppression d'une consultation doit être effectuée seulement lorsqu'il y a eu une erreur de saisie.

Le registre est accessible à partir de l'application *Gestion des consultations* du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*. Un guide de l'utilisateur est également disponible dans le menu de gauche, sous *Gestion des consultations*.

Si ce n'est déjà fait, vous pouvez vous inscrire aux services en ligne en cliquant sur *Information et inscription* de la zone d'accès aux services en ligne, dans la section réservée à votre profession, sur le site Web de la RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels. Pour obtenir le numéro de référence, vous devez communiquer avec le Centre d'assistance aux professionnels de la RAMQ.

Les agences commerciales de facturation et leur personnel ne peuvent pas obtenir de droits d'accès aux services en ligne de la RAMQ.

Montant forfaitaire (*Lettre d'entente n° 341*)

Un montant forfaitaire sera versé au médecin visé :

- de **23,15 \$** l'heure pour 95 % des heures retenues selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2017;
- de **23,95 \$** l'heure pour 95 % des heures retenues selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire du 1^{er} avril 2017 au 31 mai 2019.

Vous serez informé des modalités de versement de ce forfait dans une prochaine infolettre.

2 Clinique pour réfugiés en CLSC

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'[Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires](#) (17) est modifiée pour introduire la rémunération des activités professionnelles effectuées dans une clinique pour réfugiés désignée en CLSC. Les modifications sont en vigueur depuis le **1^{er} juin 2019**.

Le nouveau paragraphe 3.07 prévoit un forfait horaire de **22,80 \$** qui s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées par le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire pour les services de première ligne rendus dans une clinique pour réfugiés désignée d'un CLSC, y compris les activités médicales et autres activités cliniques afférentes, les interventions avec les intervenants du milieu communautaire et les interventions préventives et éducatives auprès de cette clientèle.

Le médecin peut bénéficier de ce forfait horaire si :

- il est rémunéré **à honoraires fixes ou à tarif horaire**;
- il détient une **nomination** dans le cadre d'une clinique pour réfugiés désignée au sein d'un CLSC.

L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire [Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte](#) (1897) ou [Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte](#) (3547) pour chacun des médecins visés.

Lors de la facturation, le médecin doit utiliser le code d'activité **284XXX** pour les services rendus dans une clinique pour réfugiés désignée au sein d'un CLSC. L'utilisation de ce code d'activité permet d'identifier les heures consacrées aux activités réalisées dans une clinique pour réfugiés de manière à faciliter leur comptabilisation pour le versement du forfait horaire.

En attendant que la RAMQ confirme au médecin la réception de l'avis de service, il peut :

- facturer ses services sans utiliser les codes d'activité spécifiques à ce secteur et faire ensuite une demande de révision pour indiquer à la RAMQ quelles heures facturées ont été réalisées dans ce secteur depuis le 1^{er} juin 2019;
- utiliser les codes d'activité spécifiques à ce secteur. La validation et le paiement auront lieu uniquement à la suite de la réception de l'avis de service. Le médecin n'aura pas à faire de demande de révision.

Le forfait est versé sur une base trimestrielle. Le premier versement, rétroactif au 1^{er} juin 2019, paraîtra à l'état de compte :

- du **25 octobre 2019** pour le médecin rémunéré à honoraires fixes;
- du **21 octobre 2019** pour le médecin rémunéré à tarif horaire.

Les dispositions de l'annexe XX ne s'appliquent pas au forfait horaire. Toutefois, les majorations des annexes XII et XII-A s'appliquent.

Le médecin qui rend des services à un demandeur d'asile ne peut se prévaloir des dispositions du nouveau paragraphe 3.07. Les services rendus aux demandeurs d'asile sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Pour plus de renseignements, voir la rubrique [Services médicaux rendus aux demandeurs d'asile \(PFSI\)](#) à l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site Web de la RAMQ.

Les actuels paragraphes 3.07 et 3.08 sont renumérotés 3.09 et 3.10.

Montant forfaitaire (*Lettre d'entente n° 342*)

Un montant forfaitaire sera versé au médecin visé :

- de **20 \$** l'heure pour 95 % des heures retenues selon la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2017;
- de **20,70 \$** l'heure pour 95 % des heures retenues selon la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire du 1^{er} avril 2017 au 31 mai 2019.

Vous serez informé des modalités de versement de ce forfait dans une prochaine infolettre.

3 Autres modifications

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLETS *ANNEXES* ET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Des modifications sont apportées à l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux* (53) et des changements en concordance avec la *Lettre d'entente n° 340* sont apportés aux annexes XXII et XXIII. Les changements sont en vigueur depuis le **1^{er} juin 2019**.

3.1 EP 53 – PREM

L'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux* (53) est modifiée.

L'alinéa a) du paragraphe 3.06 est remplacé. Le tarif associé à la demi-journée et à la journée de facturation passe respectivement de 250 \$ à **259 \$** et de 500 \$ à **518 \$**. Toutefois, l'exigence d'une facturation minimale de 500 \$ par jour aux fins du calcul des années de pratique de l'annexe II demeure inchangée.

Le titre de l'article 4.00 est modifié pour ajouter la notion des missions régionales reconnues par le ministre.

Les paragraphes 5.01 à 5.07 sont remplacés pour modifier la procédure pour l'obtention d'un avis de conformité ainsi que les délais qui y sont associés.

L'alinéa i) du paragraphe 8.02 est remplacé pour changer le tarif pour la comptabilisation des journées et demi-journées de facturation pour les médecins soumis aux dispositions transitoires.

Pour plus de détails sur les changements apportés à l'EP 53 – PREM, voir le texte de l'Entente ou communiquez avec le ministère à l'adresse PREM_omni@msss.gouv.qc.ca.

3.2 Annexe XXII

L'*Annexe XXII – Modalités spécifiques de rémunération applicables dans certains milieux de pratique* est modifiée.

L'alinéa 3) du paragraphe 2.01 a) et l'alinéa 1) du paragraphe 2.02 c) sont modifiés pour exclure le secteur de la gériatrie ambulatoire ou de la psychogériatrie ambulatoire décrit à la *Lettre d'entente n° 340*.

3.3 Annexe XXIII

L'[Annexe XXIII – Modalités spécifiques de rémunération mixte instauré dans les secteurs de pratique désignés](#) est modifiée.

L'alinéa 1) du paragraphe 3.01 a), l'alinéa 1) du paragraphe 3.01 b), l'alinéa 1) du paragraphe 3.01 d), l'alinéa 2) du paragraphe 3.01 e) et l'alinéa 1) du paragraphe 3.02 a), de même que le titre des sections *B-1* et *D-1* ainsi que le sous-titre de la section *C-1* de l'annexe I sont modifiés pour exclure le secteur de la gériatrie ambulatoire ou de la psychogériatrie ambulatoire décrit à la *Lettre d'entente n° 340*.