



Amendement n° 160 : tarification bonifiée, aide médicale à mourir, acte d'intervention de supervision en GMF-U en cabinet, AMP et autres changements

La Régie vous présente les principaux changements apportés à votre entente par l'*Amendement n° 160* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Les dispositions prennent effet à des dates différentes.

Dans cette infolettre, nous traiterons des modifications concernant :

- les nominations des médecins en santé publique et en santé et sécurité du travail;
- la tarification bonifiée à la suite d'un congé de maternité ou d'invalidité totale de 13 semaines ou plus pour le médecin qui détient un permis de pratique depuis un an ou plus;
- la tarification bonifiée pour le médecin qui détient un permis de pratique depuis moins d'un an;
- l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir à l'annexe XXII et aux ententes particulières Grand-Nord (1), Rémunération dans ou auprès d'un CLSC (17), Centre de santé Chibougamau (23), Médecin enseignant (42) et CISSS des Îles (44);
- l'augmentation tarifaire de l'acte d'intervention de supervision et des activités académiques prévues à la section III de l'EP 42 – Médecin enseignant (GMF-U en cabinet);
- les exigences de base en fonction des années de pratique cumulées à l'EP 51 – Activités médicales particulières (AMP);
- la prolongation des lettres d'entente n^{os} 294 et 295.

1 Activités effectuées en santé et sécurité du travail

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

Une modification est apportée au paragraphe 17.01 du [Chapitre V – Mode de participation au régime et conditions relatives à la rémunération](#) de l'Entente et entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2017**.

Le médecin qui exerce dans le domaine de la santé publique ou de la santé et sécurité du travail doit désormais détenir une nomination dans le département régional de santé publique d'un CISSS ou d'un CIUSSS.

Cependant, pour les CISSS et les CIUSSS qui n'ont pas encore mis en place leur département régional de santé publique, les nominations des médecins qui exercent en santé publique ou en santé et sécurité du travail peuvent être établies ou maintenues selon ce que prévoyait antérieurement l'Entente. Dans le cas des activités en santé et sécurité du travail, la nomination peut être associée à un centre local de services communautaires (CLSC) ou à un centre hospitalier jusqu'à l'implantation d'un département régional de santé publique.

La Régie vous avisera par lettre des changements aux modalités de facturation des activités en santé publique et en santé et sécurité du travail lorsque le CISSS ou le CIUSSS de votre région aura mis en place un département régional de santé publique et que votre dossier aura été mis à jour en conformité avec cette information.

2 Tarification bonifiée

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Des modifications sont apportées au paragraphe [2.2.6 A a\) du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#) et entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} juin 2016**.

Les modalités présentées aux sections 2.1 et 2.2 ci-dessous **ne sont actuellement pas disponibles dans le rapport *Nombre de patients inscrits aux fins de la tarification*** du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*. Vous serez avisé par la Régie lorsqu'elles le seront.

2.1 Médecin qui détient un permis de pratique depuis un an ou plus – Tarification bonifiée et congé de maternité ou d'invalidité totale de 13 semaines ou plus

Le médecin qui détient un permis de pratique depuis un an ou plus et qui compte au moins 500 patients inscrits le jour précédant le début de son congé de maternité ou d'invalidité totale de 13 semaines ou plus peut, à compter de la date de son retour et pour **une période de 90 jours**, se prévaloir de la tarification bonifiée.

Au terme de cette période, le médecin devra compter au moins 500 patients inscrits pour continuer à avoir droit à la tarification bonifiée. L'évaluation du nombre de patients inscrits est alors effectuée pour déterminer la tarification que le médecin doit utiliser, et ce, jusqu'à ce que les règles habituelles s'appliquent, soit au premier jour du mois précédant le prochain trimestre.

Exemple – Période de congé du 1^{er} juillet au 15 novembre 2017

Date d'évaluation servant à déterminer que le médecin aura accès à la tarification bonifiée à son retour de congé	30 juin 2017 (veille du départ)
Accès à la tarification bonifiée pour le médecin qui détenait 500 patients inscrits ou plus au 30 juin 2017 (période de 90 jours suivant le retour)	16 novembre 2017 au 13 février 2018
Date d'évaluation pour l'accès à la tarification bonifiée du 14 février 2018 jusqu'au 31 mars 2018 Si 500 patients inscrits ou plus : tarification bonifiée Si moins de 500 patients inscrits : tarification régulière	14 février 2018 (lendemain de la période de 90 jours)
Les règles habituelles s'appliqueront à compter du trimestre débutant le 1 ^{er} avril 2018 (évaluation du nombre de patients le 1 ^{er} mars 2018, soit le premier jour du mois précédant le début du trimestre suivant).	

Le médecin doit informer la Régie par lettre des dates de début et de fin de son congé de maternité ou de sa période d'invalidité totale de 13 semaines ou plus. Dans le cas d'une invalidité totale, il doit en plus fournir un certificat médical justifiant son absence.

Le médecin doit aussi informer la Régie de **toute modification** relative aux dates d'absence pour un congé de maternité ou une période d'invalidité de 13 semaines ou plus.

La rubrique [*J'ai droit à un congé de maternité, de paternité ou d'adoption*](#), accessible sous l'onglet *Événements de carrière* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, vous informe sur vos droits et facilite vos démarches administratives auprès de la Régie et des autres organismes concernés.

À la date de son retour de congé de maternité ou d'invalidité totale de 13 semaines ou plus, pour **une période de 90 jours**, le médecin a droit à la communication avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé comme s'il comptait 500 patients inscrits.

Actuellement, la Régie n'est pas en mesure d'appliquer les nouvelles modalités dans son système informatique. Ainsi, le médecin au retour d'un congé de maternité ou d'invalidité qui ne compte pas 500 patients inscrits devra continuer à se prévaloir de la tarification régulière.

Dès que les modifications au système seront terminées, les médecins concernés seront avisés et leur facturation sera rectifiée par la Régie pour la tarification bonifiée. Aucune action n'est requise de la part du médecin concerné.

En ce qui concerne les communications avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé, nous vous demandons de retenir votre facturation. Vous serez avisé par la Régie dès que vous pourrez facturer vos communications.

2.2 Médecin qui détient un permis de pratique depuis moins d'un an – Engagement auprès de son département régional de médecine générale d'inscrire au moins 500 patients

Pour se prévaloir de la tarification bonifiée après le quatrième trimestre complet suivant la date d'obtention de son permis de pratique, le médecin qui détient un permis de pratique depuis moins d'un an doit avoir au moins 500 patients inscrits lors de l'évaluation par la Régie, **le dernier jour du quatrième trimestre**. Auparavant, cette évaluation était faite le premier jour du dernier mois correspondant à la fin du quatrième trimestre.

Par exemple, si le quatrième trimestre se termine le 30 juin, l'évaluation du nombre de patients inscrits sera faite à cette date pour la facturation du prochain trimestre (du 1^{er} juillet au 30 septembre). Auparavant, elle aurait été faite le 1^{er} juin.

2.2.1 Facturation du 1^{er} juin 2016 au 31 décembre 2017

Actuellement, la Régie n'est pas en mesure d'appliquer les nouvelles modalités dans son système informatique. La Régie procédera à une rectification de la facturation du 1^{er} juin 2016 au 31 décembre 2017 dans les meilleurs délais si vous aviez droit à la tarification bonifiée au cours de cette période. Aucune action n'est requise de votre part.

2.2.2 Facturation à partir du 1^{er} janvier 2018

À partir du **1^{er} janvier 2018** et d'ici à ce que le nombre de patients inscrits au dernier jour du mois correspondant à la fin du quatrième trimestre soit disponible dans le rapport *Nombre de patients inscrits aux fins de la tarification* du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*, **vous devrez attendre une lettre de la Régie confirmant votre nombre de patients inscrits, qui vous sera transmise dans les premières semaines de janvier 2018, avant de facturer vos services.**

Vous devez facturer les services rendus avec les codes de facturation correspondant à votre situation, à défaut de quoi votre facturation sera refusée.

2.3 Médecin qui détient un permis de pratique depuis moins d'un an – Transmission de la confirmation de l'engagement auprès du DRMG et information à la Régie de la transmission d'un tel engagement

La Régie développe actuellement un service en ligne permettant au médecin de soumettre sa lettre d'engagement auprès de son département régional de médecine générale (DRMG) à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits. La date de l'engagement correspondra alors à la date de transmission ou à une date postérieure.

Ce service permettra de standardiser le contenu de la lettre d'engagement et d'en faciliter la transmission au DRMG et à la Régie de façon simultanée.

Vous serez avisé des fonctionnalités de ce service en ligne dans une prochaine infolettre, lorsqu'il sera disponible.

D'ici là, pour vous prévaloir de la tarification bonifiée, vous devez rédiger une lettre précisant votre engagement auprès de votre DRMG à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits et, de plus, adresser une lettre à la Régie lui confirmant que vous avez pris un tel engagement auprès du DRMG. Vous devez transmettre cette deuxième lettre à la Régie :

- **Par courrier**
Service de l'admissibilité et du paiement
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
- **Par télécopieur**
418 646-8110

Un [exemple de lettre de confirmation d'engagement auprès du DRMG](#) à adresser à la Régie est présenté à la fin de l'infolettre.

Pour toute lettre d'engagement transmise au DRMG et de confirmation transmise à la Régie à compter de la date de la présente infolettre, vous devez attendre la confirmation de la Régie confirmant que vous avez accès à la tarification bonifiée avant de facturer. L'accès à la tarification bonifiée sera alors rétroactif à la date de transmission de l'engagement au DRMG ou de toute date postérieure signifiée par le médecin dans son engagement auprès du DRMG.

3 Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir – Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes

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

Le médecin rémunéré à tarif horaire (TH) ou à honoraires fixes (HF) peut choisir d'être rémunéré à l'acte pour certains services spécifiques comme l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir (P.G. 2.2.6 B-1) ou lorsqu'une lettre d'entente le permet explicitement. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **10 décembre 2015** et concerne le médecin rémunéré selon :

- l'annexe XXII de l'Entente;
- *l'Entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord* (1);
- *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);
- *l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du centre de santé Chibougamau* (23);
- *l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (42);
- *l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du centre intégré de santé et de services sociaux des Îles* (44).

Vous avez 90 jours à compter de la présente infolettre pour facturer les services rendus selon le mode de l'acte.

La facturation des services rendus entre **le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2016** peut être effectuée sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200), version papier, ou à l'aide de votre ancien logiciel de facturation à l'acte.

La facturation des services rendus depuis **le 1^{er} avril 2016** peut être effectuée dans le service en ligne *FacturActe* de la Régie, et ce, même si votre migration vers le nouveau système s'est effectuée à une date ultérieure au 1^{er} avril 2016. Vous avez également la possibilité de recourir aux services d'une agence de facturation ou d'un développeur de logiciels qui utilise un logiciel de facturation à l'acte.

Pour plus d'information sur la facturation et la refacturation dans l'ancien système à l'acte, vous pouvez consulter l'[infolettre 199](#) du 21 novembre 2016.

Lorsque le médecin choisit d'être rémunéré à l'acte pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir, le temps consacré à cette activité doit être déduit du temps facturé pour toute autre activité rémunérée à tarif horaire ou à honoraires fixes au cours de la même plage horaire.

Le tableau suivant présente différentes situations possibles depuis le 10 décembre 2015 pour un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes en lien avec la facturation de l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir.

Situation	Actions à poser
Le médecin a facturé des services à TH ou à HF entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transmettre le formulaire <i>Demande de révision ou d'annulation</i> (1549) pour annuler les heures facturées à TH ou à HF. 2. Utiliser la demande de paiement 1200, version papier, ou un ancien logiciel de facturation à l'acte pour facturer l'intervention clinique.
Le médecin a facturé des services à TH ou à HF depuis le 1 ^{er} avril 2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transmettre le formulaire <i>Demande de révision ou d'annulation</i> (1549) pour annuler les heures facturées à TH ou à HF. 2. Utiliser un logiciel de facturation ou le service en ligne <i>FacturActe</i> pour facturer à l'acte l'intervention clinique.
Le médecin a facturé des services à TH ou à HF depuis le 10 décembre 2015 à la suite d'un refus de sa facturation à l'acte pour l'intervention clinique	Transmettre le formulaire <i>Demande de révision ou d'annulation</i> (1549) pour annuler les heures facturées à TH ou à HF et demander une réévaluation des services à l'acte refusés.

La facturation à l'acte des services concernant l'aide médicale à mourir n'est pas prise en compte dans le calcul des avantages sociaux du médecin rémunéré à honoraires fixes.

4 GMF-U en cabinet – Augmentation du tarif de l'acte d'intervention de supervision et des activités académiques

◆ BROCHURE N^o 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Le tarif des actes suivants de la section III de l'[EP 42 – Médecin enseignant](#) est modifié rétroactivement au **1^{er} avril 2017**. Cette section de l'entente particulière vise exclusivement les activités en GMF-U en cabinet.

Pour le médecin qui choisit l'acte d'intervention de supervision (code de facturation **19995**, **19996** ou **19997**), le tarif est de **116,24 \$** (section III, paragr. 3.02 a) ii)).

Pour les activités académiques (code de facturation **19998** ou **19999**), le tarif est de **29,06 \$** pour chaque période complète de 15 minutes (section III, paragr. 3.02 b) i)).

La Régie effectuera une réévaluation des services facturés depuis le 1^{er} avril 2017. Aucune action n'est requise de votre part.

5 Activités médicales particulières

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Le médecin qui a **entre 15 et 20 ans de pratique** n'a plus à satisfaire aux exigences trimestrielles concernant les activités médicales particulières (AMP), et ce, rétroactivement au **1^{er} septembre 2016**. Auparavant, ce médecin devait effectuer 66 heures d'AMP trimestriellement.

Cependant, le DRMG peut demander au médecin qui pratique depuis 15 ans et plus de participer à des activités médicales qui sont reconnues comme prioritaires. Vous pouvez consulter la modification apportée au paragraphe 4.3 de l'[Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières](#) (51).

Pour une période indéterminée, la Régie ne peut pas fournir d'information sur votre période d'assujettissement pour le calcul des années de pratique. Lorsque la situation sera rétablie, vous en serez informé par une infolettre.

Depuis le 20 octobre 2017, les données présentées dans le *Portail – Médecin omnipraticien* et dans *Gestion des ententes – Omnipraticiens* sont à jour et incluent les services facturés à l'acte depuis le 1^{er} avril 2016 jusqu'au 30 septembre 2017.

6 Prolongation des lettres d'entente n^{os} 294 et 295

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

Les dispositions de la [Lettre d'entente n° 294](#) et de la [Lettre d'entente n° 295](#) concernant les modalités de rémunération applicables aux services rendus en centre de détention, qui se terminaient le 31 mars 2017, sont prolongées jusqu'au **31 mars 2018**.

Exemple de lettre de confirmation d'engagement auprès du DRMG pour le médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an

Date de la lettre

Je _____ (prénom, nom de famille et numéro de pratique du médecin) confirme avoir pris un engagement auprès de mon département régional de médecine générale à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits au dernier jour du quatrième trimestre complet suivant la date d'obtention de mon permis de pratique. Cet engagement débute le _____ (date). Cette date correspond à celle de la transmission de mon engagement au DRMG ou, pour une date postérieure à cette transmission, à celle précisée dans mon engagement.

Je comprends que la tarification applicable à la suite du quatrième trimestre complet suivant la date d'obtention du permis de pratique est fonction du nombre de patients inscrits dont les données ont été reçues à la Régie le dernier jour du quatrième trimestre complet. Je devrai donc compter, le dernier jour du quatrième trimestre complet suivant la date d'obtention de mon permis de pratique, 500 patients inscrits ou plus pour continuer à me prévaloir de la tarification bonifiée prévue à la nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC.

Signature du médecin

Le numéro de télécopieur de la Régie pour l'envoi de la lettre de confirmation d'engagement auprès du DRMG est le 418 646-8110.