



Lettre d'entente n° 327 – Prestation continue de services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD

Amendement n° 168

Sous réserve des approbations gouvernementales, la Régie vous présente la *Lettre d'entente n° 327* introduite à votre entente par l'*Amendement n° 168* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. L'[infolettre 407](#) du 27 mars 2018 présentait les modalités de rémunération relatives aux services rendus dans le cadre du Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive), également introduites par l'*Amendement n° 168*.

La [Lettre d'entente n° 327](#) entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} avril 2018**. Elle met en place des modalités incitatives visant à assurer, par un groupe de médecins concerté, une prise en charge globale et une continuité des services médicaux auprès des personnes hébergées dans une installation d'un établissement ayant la mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

L'infolettre présente les conditions d'application de la lettre d'entente, ainsi que son fonctionnement, et les modalités de rémunération du médecin qui accepte de faire partie d'un groupe concerté.

Les installations visées sont désignées à l'[annexe I](#) de la lettre d'entente, disponible à la rubrique *Annexes mises à jour en continu*, sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels. Par exception, une installation d'un établissement ayant la mission d'un CHSLD non désignée à l'annexe I ou une unité de soins de longue durée au sein d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) peut se prévaloir des dispositions de cette lettre d'entente, avec l'approbation du comité paritaire, si elle est confrontée à une grave pénurie d'effectifs. Le cas échéant, le comité paritaire informera la Régie.

La [Lettre d'entente n° 328](#) relative au financement de la *Lettre d'entente n° 327* est également introduite.

Les lettres d'entente sont accessibles dans la [Brochure n° 1](#), sous l'onglet *Manuels* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Fermeture des inscriptions des patients hébergés en CHSLD

Le **15 juin 2018**, la Régie procédera à la fermeture des inscriptions de tous les patients hébergés en CHSLD, que le médecin de famille auprès duquel ils sont inscrits continue d'en assurer le suivi ou non. Cette date paraîtra au dossier du patient comme date de fermeture de l'inscription.

À partir de cette date, dès qu'un patient sera hébergé en CHSLD, son inscription auprès de son médecin de famille sera fermée.

1 Conditions d'application

Aux fins de l'application de la *Lettre d'entente n° 327*, les conditions suivantes doivent être respectées.

- Les médecins intéressés à prendre en charge les patients d'un CHSLD doivent **former un groupe concerté** qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux auprès de l'ensemble des personnes hébergées dans l'installation visée, sauf avis contraire du comité paritaire. Ils peuvent exercer dans un même GMF ou non. Le médecin qui ne pratique pas en GMF peut également faire partie du groupe concerté;
- Un seul groupe concerté peut être formé par installation;
- Le groupe concerté doit assurer la **garde en disponibilité 24 h par jour, tous les jours de l'année** couverte par l'engagement;
- Chaque médecin du groupe concerté doit consentir à un **engagement d'un an** au moyen du formulaire [Engagement à la Lettre d'entente n° 327](#) (4413), prescrit par les parties, disponible à l'onglet *Formulaires* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels. L'engagement de chacun des médecins est renouvelable chaque année en utilisant le formulaire;
- Chaque médecin doit être **reconnu** par le comité paritaire comme membre d'un groupe concerté;
- Un des médecins du groupe concerté doit être désigné **responsable** de ce groupe;
- L'établissement doit transmettre au comité paritaire :
 - une demande d'adhésion pour le groupe concerté,
 - une copie du formulaire d'engagement de chacun des médecins du groupe concerté,
 - le nom du médecin responsable (voir la section 3 de l'infolettre);
- Lorsqu'un médecin ne peut assurer la prestation de services au cours d'une journée ou d'une certaine période, il doit, avec le médecin responsable, désigner un **médecin remplaçant** pour assurer la prestation de services médicaux pendant son absence. Le médecin remplaçant peut déjà faire partie du groupe concerté ou non (voir la section 2.2 de l'infolettre).

2 Modalités de rémunération

Le médecin qui assure la prestation de services dans un CHSLD doit opter de façon exclusive pour :

- la rémunération à l'acte;
- la rémunération à tarif horaire;
- la rémunération à honoraires fixes, pour le médecin rémunéré selon ce mode;
- le mode de rémunération mixte (section D-1 de l'annexe XXIII).

Pour le médecin rémunéré à l'acte ou pour une nouvelle nomination pour laquelle le médecin choisit d'être rémunéré à l'acte, l'établissement n'a pas à transmettre d'avis de service à la Régie.

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes (annexe XXII) ou selon le mode mixte (annexe XXIII) peut conserver ce mode de rémunération. Aucun avis de service n'est requis.

Pour toute nouvelle nomination selon les dispositions des annexes XXII ou XXIII, l'établissement doit transmettre à la Régie 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).

2.1 Médecin qui assure la prestation de services

Le médecin qui fait partie d'un groupe concerté et qui assure la prestation de services auprès de personnes hébergées dans un CHSLD peut se prévaloir des modalités suivantes.

2.1.1 Forfait

Peu importe son mode de rémunération, en plus de toute rémunération applicable en CHSLD (paragraphe 2.2.6 E du préambule général), le médecin qui fait partie du groupe concerté et qui assure la prestation de services continue peut facturer **à l'acte**, sur une base trimestrielle, un ou plusieurs forfaits d'un montant de **34 \$** par lit, selon le nombre de patients qu'il prend en charge.

Lors de la facturation, le médecin doit utiliser le nouveau code de facturation **42138** et indiquer le nombre de forfaits.

La banque de forfaits est allouée par le comité paritaire au groupe de médecins concerté en fonction du nombre de lits autorisés dans la mission CHSLD de l'installation. Le médecin responsable du groupe concerté répartit le nombre de forfaits entre les médecins du groupe selon leur participation aux activités et le nombre de lits attribué à chacun et transmet le nom des patients à la Régie. Il voit également à informer la Régie de tout changement.

Pour le moment, la Régie demande au médecin responsable de conserver la liste des patients que chaque médecin du groupe accepte de prendre en charge.

Vous serez informé dans une prochaine infolettre du moment où ces informations pourront être transmises à la Régie et de la procédure à suivre.

Le nombre de forfaits alloués ne peut être dépassé trimestriellement. Le texte du paragraphe 4.01 c) de la lettre d'entente sera modifié en conséquence lors d'un prochain amendement.

2.1.2 Patients pris en charge

Les patients pris en charge par un médecin sont réputés inscrits pour le calcul du nombre d'inscriptions prévu à l'Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. De plus, chaque patient équivaut à six patients inscrits aux fins de l'application du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF).

Si le médecin exerce en GMF, les patients seront comptabilisés dans le GMF auquel le médecin appartient. S'il exerce dans plus d'un GMF, il doit spécifier, sur son formulaire d'engagement, dans quel GMF il veut que ses patients soient comptabilisés.

2.1.3 Tarification bonifiée

Chaque patient hébergé en CHSLD pris en charge par un médecin du groupe concerté est comptabilisé au nombre de **six pour un** aux fins de l'accès à la tarification bonifiée applicable en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U. Pour se prévaloir de la tarification bonifiée, le médecin doit se conformer aux dispositions prévues au paragraphe 2.2.6 A du préambule général.

Les patients hébergés en CHSLD pris en charge par un médecin du groupe concerté ne paraissent pas, actuellement, sur le rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification*, disponible dans le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*. Ainsi, le médecin qui, en considérant le nombre de patients inscrits selon la *Lettre d'entente n° 327*, a 500 patients inscrits ou plus doit **informer le comité paritaire de son nombre de patients inscrits pour obtenir une dérogation donnant accès à la tarification bonifiée**.

Le médecin qui a déjà 500 patients inscrits ou plus sans tenir compte des patients inscrits selon la *Lettre d'entente n° 327* n'a pas à informer le comité paritaire.

Vous serez informé dans une prochaine infolettre quand les patients pris en charge dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 327* seront comptabilisés dans le rapport.

2.1.4 Garde en disponibilité

La garde en disponibilité doit être assurée par les médecins du groupe concerté 24 h par jour, tous les jours de l'année. Si l'installation est désignée à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (38), la garde est rémunérée selon ces dispositions. Sinon, elle est rémunérée selon les dispositions de l'entente générale.

Pour le médecin qui détient déjà une nomination dans une installation désignée, aucun avis de service n'est requis. Pour toute nouvelle nomination, l'établissement doit transmettre à la Régie le formulaire [*Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte*](#) (3547).

2.1.5 Majorations et exclusion du calcul du revenu brut trimestriel

La rémunération du forfait (code de facturation **42138**) de la *Lettre d'entente n° 327* est sujette à l'application des dispositions des annexes XII et XII-A, le cas échéant, mais n'est pas sujette aux majorations pour les services rendus en horaires défavorables de l'annexe XX. Elle est également exclue du calcul du revenu brut trimestriel du médecin.

2.2 Médecin remplaçant

Lorsqu'un médecin du groupe concerté ne peut assurer la prestation de services au cours d'une certaine période et qu'aucun des médecins du groupe ne peut assurer la prise en charge de ses patients, il doit, avec le médecin responsable, trouver un médecin remplaçant pour assurer la prestation de services médicaux. Le médecin remplaçant désigné par le médecin responsable peut alors se prévaloir du forfait prévu au paragraphe 4.01 a) de la lettre d'entente à la place du médecin qu'il remplace (code de facturation **42138**). Le texte sera modifié en conséquence dans un prochain amendement.

Si le médecin remplaçant ne fait pas partie du groupe concerté, le médecin responsable doit transmettre à la Régie, par lettre, les informations relatives à l'identité du médecin remplaçant et du médecin remplacé ainsi que la date de début et la date de fin prévue du remplacement.

Par la poste

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

2.3 Médecin responsable du groupe concerté

Le médecin responsable d'un groupe concerté qui assure la prestation de services auprès de personnes hébergées dans un CHSLD a les responsabilités suivantes et peut se prévaloir des modalités énoncées ci-dessous.

2.3.1 Activités professionnelles

Les activités du médecin responsable du groupe concerté sont les suivantes :

- Effectuer le recrutement des médecins qui formeront le groupe concerté;
- Faire le suivi des signatures des engagements des médecins à ce groupe;
- Préparer les horaires des médecins du groupe concerté et les transmettre aux instances de l'établissement et au comité paritaire;
- Participer au Comité de vérification de la pertinence et du respect des transferts en centre hospitalier (voir la section 2.3.4 de l'infolettre);
- Assister les instances de l'installation ou de l'établissement afin que les médecins du groupe concerté appliquent les recommandations émises à l'égard des transferts en centre hospitalier.

2.3.2 Forfait

Peu importe son mode de rémunération, en plus de toute rémunération applicable en CHSLD (paragraphe 2.2.6 E du préambule général) et du forfait de **34 \$** par lit, selon le nombre de patients qu'il prend en charge (code de facturation **42138**), le médecin responsable du groupe concerté est rémunéré **à l'acte**, sur une base trimestrielle, au moyen d'un nombre de forfaits alloué par le comité paritaire d'un montant de **67,65 \$** chacun. Le médecin responsable se prévaut d'au moins 60 % des forfaits alloués, répartis comme suit :

- Entre 1 et 99 lits 5 forfaits trimestriels
- Entre 100 et 199 lits 10 forfaits trimestriels
- 200 lits ou plus 20 forfaits trimestriels

Lors de la facturation, le médecin responsable doit utiliser le nouveau code de facturation **42139** et indiquer le nombre de forfaits.

Le médecin responsable répartit les forfaits résiduels entre les médecins du groupe, selon leur participation à la réalisation des activités décrites au paragraphe 5.01 de la lettre d'entente.

Le nombre de forfaits alloués ne peut être dépassé trimestriellement.

2.3.3 Majorations et exclusion du calcul du revenu brut trimestriel

La rémunération du forfait (code de facturation **42139**) de la *Lettre d'entente n° 327* est sujette à l'application des dispositions des annexes XII et XII-A, le cas échéant, mais n'est pas sujette aux majorations pour les services rendus en horaires défavorables de l'annexe XX. Elle est également exclue du calcul du revenu brut trimestriel du médecin.

2.3.4 Comité de vérification de la pertinence et du respect des transferts en centre hospitalier

Un comité chargé de vérifier la pertinence et le respect des transferts en centre hospitalier des patients hébergés en CHSLD est formé au sein de chaque installation dans laquelle exerce un groupe de médecins concerté. Le médecin responsable participe à ce comité et assiste l'établissement dans l'intégration par les médecins du groupe des recommandations qui y sont formulées.

3 Fonctionnement

Des modalités particulières sont prévues pour l'adhésion des médecins à la *Lettre d'entente n° 327*, de même que pour le renouvellement ou le non-respect de l'engagement.

3.1 Adhésion des médecins

L'établissement transmet au comité paritaire une demande d'adhésion pour un groupe de médecins concerté pour une période d'un an, ainsi que :

- une copie des formulaires d'engagement des médecins;
- les dates de début et de fin de la prise en charge par le groupe de médecins;
- le nom du médecin responsable du groupe.

Le comité paritaire transmet ensuite à la Régie et à l'établissement le nom des médecins qui font partie du groupe concerté, la date de début et de fin de l'engagement, ainsi que le nombre de forfaits alloués au groupe et au médecin responsable.

3.2 Renouvellement de l'engagement

Si le groupe concerté désire renouveler son engagement pour une autre période d'un an, le médecin responsable doit informer le comité paritaire ainsi que l'établissement **au moins 60 jours** avant la fin de la période de l'engagement.

3.3 Non-respect de l'engagement

S'il y a lieu, l'établissement informe le comité paritaire du non-respect des conditions de l'engagement du groupe de médecins concerté pour un trimestre donné.

Dans un tel cas, chaque médecin du groupe doit rembourser à la Régie **la totalité** des forfaits qui lui ont été payés pour le trimestre donné.