



Lettre d'entente n° 321 – Nouvelle catégorie d'inscription dans le service en ligne et modalités pour la deuxième année d'application et les années subséquentes

La *Lettre d'entente n° 321* visant à accroître et à améliorer l'accessibilité à un médecin de famille pour les patients enregistrés au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) a été présentée dans l'[infolettre 302](#) du 21 décembre 2017.

En lien avec les inscriptions de la clientèle en vertu de la *Lettre d'entente n° 321*, une nouvelle catégorie d'inscription intitulée *Sans visite* sera ajoutée dans le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* le **14 juillet 2018**. Cette nouvelle catégorie d'inscription permettra de distinguer l'inscription du patient réputé inscrit effectuée dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 321* de celle effectuée en vertu de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40).

De plus, les modalités particulières d'application de la *Lettre d'entente n° 321* pour la deuxième année d'application sont expliquées dans cette infolettre. Ces modalités entrent en vigueur le **1^{er} juillet 2018**. Pour les années subséquentes, les modalités sont les mêmes que celles introduites le 1^{er} juillet 2018, les dates étant modifiées en conséquence.

Vous pouvez consulter la [Lettre d'entente n° 321](#) 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.

1 Nouvelle catégorie d'inscription Sans visite

À compter du **14 juillet 2018**, pour le patient réputé inscrit en vertu de la *Lettre d'entente n° 321*, une nouvelle catégorie d'inscription intitulée *Sans visite* sera accessible (voir la section 2.2.5 de l'infolettre).

Lors de la visite ou de l'intervention clinique donnant lieu à la prise en charge du patient réputé inscrit (catégorie *Sans visite*), le **médecin devra inscrire le patient et choisir la catégorie Médecine familiale à compter du 14 juillet 2018**. Cette action aura pour effet de fermer l'inscription *Sans visite* la veille de la date de prise d'effet de l'inscription *Médecine familiale*.

Les modifications à ces inscriptions pourraient entraîner une révision du forfait d'inscription. En effet, le patient pouvait être considéré comme actif s'il avait été vu par le médecin avant que celui-ci effectue la visite ou l'intervention clinique donnant lieu à la prise en charge. S'il y a lieu, les modifications paraîtront à un état de compte en septembre prochain.

Conversion des inscriptions des patients réputés inscrits à la catégorie *Sans visite*

Toutes les inscriptions de patients réputés inscrits depuis l'entrée en vigueur de la *Lettre d'entente n° 321*, pour lesquelles il n'y a pas eu de visite ou d'intervention clinique menant à la prise en charge du patient **avant le 14 juillet 2018**, seront converties dans la nouvelle catégorie d'inscription *Sans visite*.

Pour le patient réputé inscrit qui a eu une première visite ou intervention clinique menant à la prise en charge par le médecin de famille **avant le 14 juillet 2018**, la Régie créera :

- une période d'inscription de catégorie *Sans visite*;
- une inscription de catégorie *Médecine familiale* à compter de la date de prise en charge du patient.

L'inscription *Sans visite* aura comme date de fin la veille de la date de prise d'effet de l'inscription *Médecine familiale*, cette dernière correspondant à la date de la visite ou de l'intervention clinique menant à la prise en charge du patient.

2 Modalités pour la deuxième année d'application de la Lettre d'entente n° 321 et pour les années subséquentes

Les modalités particulières de la *Lettre d'entente n° 321* pour la deuxième année d'application et pour les années subséquentes sont introduites à compter du **1^{er} juillet 2018**.

2.1 Conditions d'admissibilité

Le médecin qui effectue la prise en charge et le suivi de clientèle en cabinet, à domicile ou en établissement, que le département régional de médecine générale (DRMG) lui ait reconnu ou non des activités médicales particulières (AMP) dans ce secteur d'activité à la date de début de sa pratique dans le cadre du régime d'assurance maladie, peut demander l'attribution en lot de patients inscrits au GAMF.

2.1.1 Médecin qui obtient son permis de pratique entre le 1^{er} juillet 2018 et le 30 juin 2019

Le médecin qui obtient son permis de pratique entre le 1^{er} juillet 2018 et le 30 juin 2019 peut bénéficier de l'attribution en lot de patients dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 321 à l'intérieur des 2 mois complets qui suivent la délivrance de son permis de pratique*. Par exemple, un médecin qui obtiendra son permis de pratique le 1^{er} février 2019 aura jusqu'au 31 mars 2019 pour bénéficier de l'attribution en lot de patients dans le cadre de cette lettre d'entente.

2.1.2 Médecin qui détient son permis de pratique depuis un an ou plus le 1^{er} juillet 2018

Un médecin qui détient son permis de pratique depuis un an ou plus le 1^{er} juillet 2018 peut, en tout temps, se faire attribuer un lot de patients par le GACO pour compléter sa clientèle. Les règles d'attribution pour ce médecin sont expliquées à la section 4 de la présente infolettre.

2.2 Processus d'attribution en lot de patients enregistrés au GAMF

Le processus d'attribution en lot de patients enregistrés au GAMF est décrit par étapes dans les sections suivantes.

2.2.1 Demande auprès du coordonnateur du ou des réseaux locaux des services de santé et de services sociaux (RLS)

Le médecin qui répond aux conditions d'admissibilité présentées à la section 2.1 ci-dessus et qui souhaite se voir attribuer un lot de patients selon les dispositions de la *Lettre d'entente n° 321* doit communiquer avec le médecin coordonnateur du ou des RLS correspondant à son ou à ses lieux de pratique.

2.2.2 Attribution de patients en attente au GAMF

Sur réception de la demande du médecin et en tenant compte des règles relatives au profil de la population du RLS du GACO visé, le médecin coordonnateur lui attribue le nombre déterminé de patients, selon les modalités décrites ci-après.

Entre le 1^{er} juillet 2018 et le 30 juin 2019, le médecin coordonnateur peut attribuer au médecin visé qui répond aux critères énoncés à la section 2.1 ci-dessus un lot de 1 000 à 1 500 patients pondérés en attente au GAMF ou de 620 patients pondérés, s'il exerce en GMF-U, tous lieux confondus. Ce nombre inclut, le cas échéant, les patients transférés en vertu de la *Lettre d'entente n° 304*.

Il est de la responsabilité du médecin qui pratique dans plusieurs RLS d'aviser les différents médecins coordonnateurs afin de se voir attribuer un lot de patients en attente au GAMF.

○ Facteurs de pondération

Le patient ayant un code de catégorie de problèmes de santé 06 (toxicomanie ou alcoolisme), 07 (VIH/SIDA, hépatite C), 11 (troubles dépressifs majeurs récidivants) ou 18 (douleur chronique) ainsi que le patient défavorisé ont un facteur de pondération de 2 pour 1.

La patiente enceinte a un facteur de pondération de 3 pour 1.

Les catégories de problèmes de santé et leur codification sont détaillées dans l'avis sous le paragraphe 5.01 de l'[EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle](#).

Le patient défavorisé est celui résidant dans un lieu considéré défavorisé selon l'indice de défavorisation sociale et matérielle de l'Institut national de santé publique du Québec.

La pondération sera calculée en fonction de la condition de santé du patient déterminée par un intervenant de la santé du GAMF lors de l'attribution d'un lot de patients à un médecin.

○ Nombre de patients insuffisant au GAMF

Si le nombre de patients en attente au GAMF est insuffisant, le médecin coordonnateur attribue les patients en attente au prorata du nombre de patients et du nombre de médecins concernés.

○ Situations exceptionnelles

Le DRMG peut recommander aux parties négociantes de réduire le nombre de patients pouvant être attribués à un médecin si, en raison des activités professionnelles exercées par ce médecin dans d'autres secteurs de pratique, ce dernier ne peut prendre en charge le nombre de patients prévu. Pour faire suite à cette recommandation, les parties négociantes, après analyse et selon les critères convenus, avisent, le cas échéant, le médecin coordonnateur du GACO des ajustements devant être apportés au nombre de patients à attribuer au médecin visé par cette dérogation.

Le médecin ne peut effectuer de sélection parmi les patients attribués en lot par le GACO, sauf dans des situations exceptionnelles soumises au médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur peut annuler une attribution particulière en utilisant la raison d'annulation appropriée. Le patient est remis dans la liste du GAMF et conserve sa date d'inscription initiale. Le médecin coordonnateur attribue alors un autre patient avec la même priorité de santé enregistrée au GAMF.

2.2.3 Confirmation de la liste de patients attribués à un médecin

À compter de la date d'attribution de la liste de patients, le médecin dispose de **72 heures** pour confirmer au médecin coordonnateur l'acceptation ou le refus des patients qui s'y trouvent. Par la suite, le médecin coordonnateur confirme à la Régie le nom des patients attribués à ce médecin.

2.2.4 Transmission de l'information au patient attribué

La Régie achemine une lettre à chaque patient attribué l'avisant du nom du médecin de famille qui a accepté sa prise en charge et du lieu de suivi. Cette lettre est accompagnée du *Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille* (4096). Le formulaire transmis avec la lettre de la Régie porte le numéro 4096 suivi de LE321 ou 4101 suivi de LE321 pour la version anglaise. Le patient a **30 jours** à la suite de la réception de la lettre pour remplir et signer le formulaire et le retourner à la clinique du médecin concerné.

Dans les 37 jours suivant l'attribution par le médecin coordonnateur, le médecin doit informer ce dernier du nom des patients qui n'ont pas retourné le formulaire 4096. Le médecin coordonnateur informe ensuite la Régie de l'identité de ces patients, et leur enregistrement au GAMF est suspendue jusqu'à ce qu'ils mettent à jour leur dossier.

2.2.5 Formulaire 4096 et transmission de l'inscription à la Régie

À la réception du formulaire 4096 signé par le patient, le médecin doit remplir sa partie, le signer et le conserver dans le dossier du patient.

Pour les patients attribués à compter du 14 juillet 2018, le médecin, ou son personnel autorisé, doit inscrire le patient en utilisant la nouvelle catégorie *Sans visite* et transmettre cette inscription à la Régie **dans les 7 jours** suivant la réception du formulaire 4096.

La condition de vulnérabilité peut être ajoutée, s'il y a lieu, **uniquement** lors de la visite de prise en charge ou de l'intervention clinique donnant lieu à la prise en charge dans l'inscription de catégorie *Médecine familiale*.

Dès la transmission des données d'inscription, le nom du patient est retiré du GAMF. Le patient est alors réputé inscrit auprès du médecin à la date de signature du formulaire par le patient.

Lorsque le rapport du nombre de patients inscrits attribués ou transférés aux fins de la facturation des suppléments de prise en charge sera disponible dans le service en ligne, le médecin pourra y faire le suivi des patients attribués.

Aucune donnée d'inscription ne doit être transmise à la Régie **sans que le médecin n'ait reçu le consentement de la personne assurée** par le formulaire 4096.

Aucun formulaire 4096 en version papier ne doit être envoyé à la Régie.

Les attributions de patients dont le médecin n'a pas transmis les données d'inscription à la Régie dans les délais prévus à la *Lettre d'entente n° 321* sont annulées après 60 jours (voir l'[infolettre 072](#) du 29 mai 2018).

2.2.6 Première visite ou intervention clinique donnant lieu à la prise en charge d'un patient

Lors de la première visite ou de l'intervention clinique donnant lieu à la prise en charge, le médecin doit remettre au patient une copie signée du *Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille* (4096).

À compter du 14 juillet 2018, à la date de la première visite ou de l'intervention clinique donnant lieu à la prise en charge d'un patient réputé inscrit (catégorie *Sans visite*), le médecin, ou son personnel autorisé, doit inscrire le patient dans la catégorie *Médecine familiale* du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*.

Cette action aura pour effet de fermer automatiquement l'inscription *Sans visite* la veille de la date de prise d'effet de l'inscription *Médecine familiale*.

S'il y a lieu, le médecin peut inscrire une condition de vulnérabilité au dossier du patient à compter de la première visite ou de l'intervention clinique lors d'une visite sur rendez-vous ou par l'accès adapté donnant lieu à la prise en charge.

2.2.7 Délai pour effectuer une visite ou une intervention clinique donnant lieu à la prise en charge du patient

Dans les cas suivants, le patient n'est plus réputé inscrit (catégorie *Sans visite*) et est enregistré de nouveau au GAMF à sa date d'enregistrement initiale :

- si, dans les 12 mois suivant la date de signature du formulaire 4096 par le patient, le patient vulnérable (code de priorité A, B ou C dans le GAMF) n'a pas fait l'objet d'une première visite ou d'une intervention clinique lors d'une visite sur rendez-vous ou par l'accès adapté donnant lieu à la prise en charge;
- si, dans les 36 mois suivant la date de signature du formulaire 4096 par le patient, le patient non vulnérable (code de priorité D ou E dans le GAMF) n'a pas fait l'objet d'une première visite ou d'une intervention clinique sur rendez-vous ou par l'accès adapté donnant lieu à la prise en charge.

La catégorie *Sans visite* sera fermée à l'échéance du délai de 12 mois ou de 36 mois, le cas échéant.

3 Modalités spécifiques – Patient réputé inscrit sans visite ou inscrit

Des modalités spécifiques sont applicables selon que le patient est réputé inscrit avec la catégorie *Sans visite* ou inscrit avec la catégorie *Médecine familiale*.

3.1 Patient réputé inscrit sans visite

Les modalités suivantes s'appliquent lorsque le patient est réputé inscrit sans visite, c'est-à-dire avant la visite de prise en charge ou l'intervention clinique sur rendez-vous ou par l'accès adapté donnant lieu à la prise en charge :

- le patient réputé inscrit sans visite est comptabilisé aux fins de l'application des dispositions donnant accès à la tarification bonifiée. La comptabilisation du nombre de patients inscrits s'effectue selon les règles d'évaluation prévues au sous-paragraphe 2.2.6 A du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*;
- le patient réputé inscrit sans visite est pris en compte aux fins du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), à compter de la date de son inscription *Sans visite*;
- les dispositions concernant le calcul du taux d'assiduité prévues à l'article 15.00 *Supplément au volume de patients inscrits* de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle tiennent compte des patients attribués par le GAMF qui sont réputés inscrits sans visite auprès d'un médecin;
- le patient réputé inscrit sans visite est pris en compte aux fins du calcul du nombre de patients inscrits prévu à l'article 17.00 *Frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DME* de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle;
- le patient réputé inscrit sans visite est comptabilisé aux fins du calcul du nombre d'inscriptions prévu à l'entente de principe sur l'accessibilité aux services médicaux de première ligne;
- même si le patient a été vu par ce même médecin dans un autre milieu ou dans le cadre de services sans rendez-vous, lors d'une visite subséquente sur rendez-vous ou par l'accès adapté, le médecin peut se prévaloir de la visite de prise en charge prévue au paragraphe 2.2.6 A ou de l'intervention clinique prévue au paragraphe 2.2.6 B du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*.

Si le médecin auprès duquel le patient est réputé inscrit sans visite le voit avant d'avoir effectué la visite ou l'intervention clinique donnant lieu à la prise en charge, celui-ci peut facturer uniquement la visite ponctuelle mineure ou complexe du patient non vulnérable ou l'intervention clinique.

Puisque les conditions de vulnérabilité peuvent être ajoutées seulement lors de la visite ou de l'intervention clinique donnant lieu à la prise en charge, la tarification pour le patient vulnérable ou le forfait de responsabilité, le cas échéant, ne peuvent être facturés durant la période où le patient est réputé inscrit.

Le médecin ne respectant pas ces modalités pourrait voir sa facturation réévaluée.

3.2 Patient inscrit

Les modalités suivantes de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, en ce qui a trait aux forfaits et suppléments prévus, s'appliquent lorsque le patient est inscrit, à compter de la première visite ou de la première intervention clinique sur rendez-vous ou par l'accès adapté donnant lieu à la prise en charge :

- le médecin peut se prévaloir des suppléments prévus pour le patient sans médecin de famille;
- le médecin peut inscrire une condition de vulnérabilité au dossier du patient, s'il y a lieu, et ainsi se prévaloir de la tarification prévue pour un patient vulnérable ou du forfait de responsabilité, le cas échéant;
- le médecin peut se prévaloir des visites prévues pour le médecin traitant au paragraphe 2.2.6 A du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*;

- le médecin peut se prévaloir des modalités de compensation des frais de cabinet (codes de facturation **19928** et **19929**);
- le médecin exerçant en GMF peut se prévaloir du forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle inscrite en GMF (code de facturation **08875**);
- les dispositions relatives au forfait d'inscription et au forfait annuel de prise en charge ainsi que celles prévues aux articles 15.00 *Supplément au volume de patients inscrits* et 16.00 *Majoration relative à la pratique polyvalente* de cette entente particulière débutent lorsque le patient est inscrit.

4 Médecin qui a commencé sa pratique au moins un an avant le 1^{er} juillet 2018

Un médecin qui détient un permis de pratique depuis au moins un an avant le 1^{er} juillet 2018 peut, en tout temps, se faire attribuer par le médecin coordonnateur du GACO un groupe de patients du GAMF pour compléter sa clientèle et se prévaloir des dispositions mentionnées aux sections 2 et 3 de l'infolettre. Ce médecin n'est pas assujéti au nombre maximum de patients déterminé pour le médecin qui a obtenu son permis de pratique après le 1^{er} juillet 2018.

L'attribution des patients par le médecin coordonnateur doit tenir compte du fait que le médecin doit maintenir une proportion minimale de 33 % de patients vulnérables ou un maximum de 333 patients vulnérables.

Si le nombre de patients vulnérables ayant la priorité A, B ou C enregistrés au GAMF est insuffisant pour permettre au médecin de maintenir une proportion minimale de 33 % de patients vulnérables ou un maximum de 333 patients vulnérables, le médecin coordonnateur peut alors attribuer au médecin des patients non vulnérables ayant la priorité D ou E.

Le médecin dispose de **72 heures** à compter de la date de sa demande au GACO pour confirmer au médecin coordonnateur l'acceptation ou le refus des patients qui se trouvent sur la liste.