

Amendement n° 183 : Modifications diverses à votre entente

La RAMQ vous présente l'*Amendement n° 183* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Une précision est apportée au préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte* concernant la première visite donnant lieu à l'inscription du patient. De plus, un montant supplémentaire à l'inscription générale est accordé au médecin en fonction du nombre de patients inscrits actifs. Ces dispositions prennent effet le **1^{er} juin 2019**.

Enfin, les suppléments accordés au médecin lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille sont augmentés pour la période du **1^{er} mai 2019 au 30 avril 2021**. Cette disposition prend effet le **1^{er} mai 2019**.

1 Visite de prise en charge

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Au paragraphe [2.2.6 A Visites, évaluations et communications applicables en cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U en établissement](#) du préambule général, une précision est ajoutée au sous-paragraphe c) 1).

La visite de prise en charge ne pouvait auparavant être facturée que pour un patient nouvellement inscrit, et ce, lors d'un rendez-vous ou en accès adapté. Dorénavant, si l'inscription du patient a lieu lors d'une visite au sans rendez-vous, le médecin peut facturer la visite et le supplément pour la prise en charge d'un patient sans médecin de famille lors de la première visite sur rendez-vous ou en accès adapté.

Cette disposition prend effet le **1^{er} juin 2019**.

2 Montant supplémentaire à l'inscription générale

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET ENTENTES PARTICULIÈRES

L'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40) est modifiée par l'ajout des paragraphes 4.15, 4.16, 4.17 et 4.18. Ces dispositions prennent effet le **1^{er} juin 2019**.

2.1 Supplément alloué annuellement en fonction du nombre de patients inscrits actifs

Au 31 décembre de l'année d'application, le médecin qui compte de 750 à 999 patients inscrits actifs reçoit un supplément de **7 500 \$** et celui qui compte 1 000 patients ou plus inscrits actifs reçoit un supplément de **15 000 \$**.

2.2 Comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs

Le nouveau supplément est accordé au médecin qui atteint un seuil de patients inscrits actifs dans les lieux visés par la prise en charge au cours d'une année civile, sauf pour l'année 2019 pour laquelle des dispositions spécifiques sont prévues au paragraphe 4.17. Au cours des 12 mois précédant **la date d'évaluation** par la RAMQ, la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs ou réputés actifs se fait en 2 étapes :

Étape 1

- les patients pour lesquels le médecin a reçu le forfait d'inscription annuel. Lorsque plus d'un médecin reçoit ce forfait, la comptabilisation du patient se fait auprès du plus récent médecin;
- les patients réputés inscrits dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 321* (patients inscrits sans visite);
- les patientes enceintes prises en charge temporairement par un médecin (code de facturation **15189**);
- les patients pour lesquels le médecin a facturé la visite d'évaluation psychiatrique (code de facturation **08819** ou **15921**) ou la visite de prise en charge psychiatrique (code de facturation **15918**). La visite de suivi psychiatrique (code de facturation **08848**, **15919** ou **15920**) peut également être comptabilisée à la condition qu'une visite d'évaluation psychiatrique ou une visite de prise en charge psychiatrique ait été facturée pour ce patient par ce même médecin dans le passé.

Étape 2

Certains patients qui ont été comptabilisés à l'étape 1, sont comptés **au double** de leur nombre réel aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs ou réputés actifs au cours des 12 mois qui précèdent la date d'évaluation.

Dans un premier temps, ce sont :

- les patients codifiés A, B ou C attribués dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 321* par le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) (catégorie d'inscription « sans visite » présente au cours de l'année d'application);
- les patients vulnérables inscrits à la suite d'une attribution par le GAMF hors du cadre de la *Lettre d'entente n° 321*.

Auxquels s'ajoutent dans un deuxième temps lorsque que le médecin compte 500 patients ou plus calculés à l'étape 1 :

- les patients vulnérables en excédant du 40 % du nombre total de ceux comptabilisés à l'étape 1, en soustrayant les patients vulnérables pris en compte dans un premier temps à l'étape 2.

Le nombre total de patients comptabilisés aux fins du versement du supplément correspond à l'addition des patients de l'étape 1 et de l'étape 2.

Un [tableau](#) expliquant les différentes étapes pour l'évaluation du nombre de patients inscrits actifs et donnant des exemples est disponible sur le site Web avec la présente infolettre.

2.3 Majorations prévues aux annexes XII et XII-A

Pour le médecin qui exerce à la fois dans un territoire désigné et dans un territoire non désigné aux annexes XII et XII-A, les majorations sont appliquées au supplément à l'inscription en proportion du nombre non pondéré de patients inscrits actifs ou réputés actifs dans chacun des territoires.

2.4 Versement du montant supplémentaire à l'inscription générale

Le versement du montant supplémentaire au forfait d'inscription est effectué annuellement sauf pour l'année 2019 où deux versements seront faits.

Pour le premier versement, la période d'évaluation prise en considération pour déterminer le nombre de patients sera du 1^{er} octobre 2018 au 30 septembre 2019 et le supplément sera versé le **29 novembre 2019**. Pour le deuxième versement, la période d'évaluation prise en considération pour déterminer le nombre de patients sera du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019 et le supplément sera versé en **juin 2020**.

Pour les années subséquentes, un seul versement sera effectué. Celui-ci sera réalisé en juin de chaque année sur la base du nombre de patients inscrits actifs au 31 décembre de l'année précédant le versement.

2.5 Récupération du montant supplémentaire à l'inscription générale

Une récupération du montant supplémentaire sera effectuée si, lors de l'évaluation de l'année suivante, le médecin qui a bénéficié de patients attribués en vertu de la *Lettre d'entente n° 321* n'a pas maintenu le nombre de patients lui ayant permis d'atteindre l'un de ses seuils pour le versement du supplément.

Si le médecin qui fait l'objet d'une récupération rencontre un seuil inférieur à celui de l'année d'application, seule la différence entre le montant versé et celui correspondant au nouveau seuil sera récupéré.

Toutefois, il n'y aura pas de récupération, si au cours de l'année d'application, le médecin a été en congé de maternité, d'adoption, de paternité ou d'invalidité de plus de 13 semaines consécutives et plus ou pour toute autre raison exceptionnelle reconnue par le comité paritaire.

Exceptionnellement, la récupération prévue par la présente disposition ne s'applique pas au supplément dont le versement aura lieu le 29 novembre 2019.

3 Suppléments pour la prise en charge de nouveaux patients sans médecin de famille

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

À compter du **1^{er} mai 2019**, l'article 18.00 est ajouté à l'[EP 40 – Médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle](#). Les suppléments relatifs à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille sont augmentés pour la période **du 1^{er} mai 2019 au 30 avril 2021** :

- Lorsque le patient est non vulnérable, le montant en cabinet privé est de **40 \$** et celui en CLSC et en GMF-U en établissement est de **33,20 \$** (code de facturation **19957** – parag. 4.12 A));

- Lorsque le patient est vulnérable mais non attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), le montant est de **150 \$** en cabinet privé et de **124,40 \$** en CLSC et en GMF-U en établissement (code de facturation **19958** – paragr. 4.12 B);
- Lorsque le nombre maximal déterminé en vertu du 1^{er} alinéa du paragraphe 13.02 est atteint et que le patient est vulnérable et attribué ou non par le GAMF, le montant est de **150 \$** en cabinet privé et de **124,40 \$** en CLSC et en GMF-U en établissement (code de facturation **19965** – paragr. 4.12 B));
- Lorsque le patient est vulnérable et attribué par le GAMF, le montant est de **275 \$** en cabinet privé et de **228,20 \$** en CLSC et en GMF-U en établissement (code de facturation **19959** – paragr. 4.12 C));
- Lorsque le patient est attribué par le GAMF et qu'il est associé à la catégorie de patients très vulnérables décrite au paragraphe 13.01 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, le montant est de **400 \$** en cabinet privé et de **331,90 \$** en CLSC et en GMF-U en établissement (code de facturation **19960** – paragr. 13.01).

La RAMQ procédera à une réévaluation des suppléments facturés depuis le **1^{er} mai 2019**. S'il y a lieu, un ajustement paraîtra à l'état de compte par la suite.

4 Lettres d'entente n^{os} 345 et 346

Les lettres d'entente n^{os} 345 et 346 sont introduites. Elles concernent le financement des mesures introduites par l'*Amendement n^o 183*.