

Mise en place de plans provinciaux de remplacement en obstétrique-gynécologie et en chirurgie générale et autres dispositions

Modification 93

Introduction

La RAMQ vous informe que les parties négociantes ont convenu de la Modification 93 à l'Accord-cadre qui concerne principalement la mise en place de plans provinciaux de remplacement en obstétrique-gynécologie et en chirurgie générale.

À moins d'avis contraire dans l'infolettre, les dispositions de la Modification 93 entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} décembre 2019**.

Les principaux changements sont les suivants :

- Le supplément de garde en disponibilité de la *Lettre d'entente n^o 132* est bonifié;
- Les lettres d'entente n^{os} 135 et 138 sont abrogées;
- Les nouvelles lettres d'entente n^{os} 233, 234, 235 et 236 sont adoptées;
- Les annexes 23, 33 et 45 sont modifiées;
- L'article 2 de l'Annexe 32 est abrogé.

Les [tableaux des nouveaux codes de facturation](#) sont présentés à la fin de l'infolettre.

Sommaire

- 1 Lettres d'entente modifiées ou abrogées..... 2
- 2 Nouvelles lettres d'entente..... 2
- 3 Frais de déplacement et de séjour (Annexe 23) 12
- 4 Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 32) 12
- 5 Entente auxiliaire concernant le remplacement de certains médecins exerçant dans un centre hospitalier situé dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 33) 12
- 6 Mise en place d'un plan de remplacement provincial en anesthésiologie réanimation (Annexe 45) 12

c. c. Fédération des médecins spécialistes du Québec
Agences commerciales de facturation

Courriel, site Web et fils RSS

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels
Abonnez-vous à nos fils RSS

Téléphone

Québec 418 643-8210
Montréal 514 873-3480
Ailleurs au Québec 1 800 463-4776

Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30
(mercredi de 10 h 30 à 16 h 30)

Instructions de facturation

La RAMQ sera prête à recevoir votre facturation à compter du **10 janvier 2020**.

Vous avez **90 jours** à compter du **10 janvier 2020** pour facturer vos services rétroactivement au 1^{er} décembre 2019, le cas échéant.

1 Lettres d'entente modifiées ou abrogées

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ANNEXE 11. A – LETTRES D'ENTENTE NUMÉROTÉES*

Les lettres d'entente modifiées ou abrogées sont présentées à l'[Annexe 11. A – Lettres d'entente numérotées](#) de la *Brochure n° 1*.

1.1 Lettre d'entente modifiée

L'article 2 de la [Lettre d'entente n° 132](#) est remplacé. Le supplément de garde en disponibilité passe de 317 \$ à **400 \$** par jour.

La RAMQ réévaluera les services concernés. Aucune action n'est requise de votre part. Les ajustements paraîtront sur un état de compte subséquent.

1.2 Lettres d'entente abrogées

1.2.1 Lettre d'entente n° 135

La [Lettre d'entente n° 135](#) concernant l'accessibilité et la prestation continue des services médicaux spécialisés dans certains établissements en pénurie d'effectifs est abrogée.

1.2.2 Lettre d'entente n° 138

La [Lettre d'entente n° 138](#) concernant l'accessibilité et la prestation continue des services médicaux spécialisés dans certains établissements est abrogée.

2 Nouvelles lettres d'entente

Les nouvelles lettres d'entente ainsi que les instructions de facturation afférentes sont présentées à l'[Annexe 11. A – Lettres d'entente numérotées](#) de la *Brochure n° 1*.

2.1 Lettre d'entente n° 233

La nouvelle [Lettre d'entente n° 233](#) concerne la mise en place d'un plan de remplacement provincial visant à assurer une prestation continue des soins en **chirurgie générale** dans l'ensemble des installations du Québec.

Le plan de remplacement en chirurgie générale se partage en quatre volets :

- Les groupes concertés;
- La garde en disponibilité;
- Le mécanisme de soutien d'urgence;
- La mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières.

Vous trouverez ci-dessous le détail des mesures liées à la rémunération. Pour plus d'information concernant l'ensemble des modalités du plan, consultez la *Lettre d'entente n° 233*.

À l'exception des modalités particulières de l'article 5, pour les médecins rémunérés selon le mode de rémunération mixte, les forfaits de la *Lettre d'entente n° 233* sont payés en plus des modalités prévues à l'Annexe 38, et ce, à 100 % (voir la section 2.1.5 de l'infolettre).

2.1.1 Groupes concertés (art. 1)

La création de groupes concertés vise à assurer la prestation continue des soins en chirurgie générale, y compris la garde et la couverture des césariennes, le cas échéant, et à éviter toute rupture de services dans une installation au moyen d'un engagement de soutien continu par les chirurgiens participant aux groupes concertés.

Le chirurgien désirant participer à un groupe concerté doit s'engager pour une période minimale d'un an et offrir au moins deux semaines de remplacement ou de support par an.

On entend par **chirurgien remplaçant** celui qui offre la couverture des services en lieu et place du chirurgien remplacé, et par **chirurgien en support** celui qui vient prêter main-forte aux chirurgiens en place sans que ceux-ci soient absents. La présence d'un chirurgien en support n'est permise que pour les installations avec 2 effectifs ou moins en place.

Les parties négociantes désignent les installations qui font l'objet d'un groupe concerté ainsi que les chirurgiens qui y participent. Elles désignent également le nombre maximal de semaines de remplacement ou de support auquel une installation a droit. La liste des installations désignées sera 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 RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Rémunération (art. 1.2)

Le chirurgien désigné par les parties négociantes qui assure la prestation continue de services médicaux dans le cadre d'un groupe concerté a droit, en plus de la rémunération prévue à l'Accord-cadre, à un montant forfaitaire de **800 \$, 1000 \$ ou 1200 \$** par jour, selon la région, conformément à l'annexe I de la lettre d'entente.

Les codes de facturation sont indiqués ci-dessous dans le tableau.

Dans les installations où un seul chirurgien est en place (chirurgien établi), ce dernier peut se prévaloir de ce montant forfaitaire lorsqu'aucun chirurgien du groupe concerté n'en bénéficie. Ce chirurgien est également désigné par les parties négociantes.

Tableau des codes de facturation selon la région

	Région 1 1200 \$	Région 2 1000 \$	Région 3 800 \$
Chirurgien remplaçant	42100	42103	42106
Chirurgien en support	42101	42104	42107
Chirurgien établi	42102	42105	42108

Médecin coordonnateur (art. 1.3)

Le médecin coordonnateur, et son remplaçant, le cas échéant, est désigné par les parties négociantes afin de constituer les groupes concertés pour chaque installation de son regroupement, de dresser les listes de garde et d'assurer le respect des engagements des chirurgiens, et ce, selon les principes établis. Il doit participer à au moins un groupe concerté de son regroupement ou être installé dans une installation visée par un groupe concerté de son regroupement.

Pour ses services, le médecin coordonnateur ou celui qui le remplace reçoit un montant forfaitaire hebdomadaire de **191,64 \$** (code de facturation **42109**).

Un seul forfait est payable par regroupement d'installations au cours d'une semaine, du dimanche au samedi. Lors de la facturation, pour le lieu de dispensation, vous devez indiquer le numéro d'établissement de l'un des lieux du regroupement que vous coordonnez (voir l'annexe II de la lettre d'entente pour les regroupements).

Mesure anti-isolement (art. 1.6)

Le chirurgien installé dans les installations de Baie-Saint-Paul, de La Malbaie ou du Granit qui font l'objet d'un groupe concerté a droit aux mesures de ressourcement prévues à l'article 3 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre plutôt qu'aux modalités de l'Annexe 44. Le chirurgien a droit à la mesure anti-isolement s'il a fait sa déclaration de territoire de pratique principale (Annexe 19) en indiquant l'une de ces installations.

Si vous avez demandé le remboursement de frais de ressourcement en vertu de l'annexe 44 pour la période du 1^{er} décembre 2019 au 9 janvier 2020 alors que vous avez droit aux mesures de ressourcement prévues à l'article 3 de l'annexe 19, vous avez 90 jours à compter de la réception de la désignation du groupe concerté pour annuler la demande initiale et demander de nouveau le remboursement des frais de ressourcement avec le formulaire *Demande de remboursement des mesures incitatives* (3336).

2.1.2 Garde en disponibilité (art. 2)

Le chirurgien a droit, en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25, au paiement d'un montant de **660 \$** par jour du lundi au vendredi (code de facturation **42110**) et de **1000 \$** par jour la fin de semaine et les jours fériés (code de facturation **42111**) lorsqu'il assume la garde en disponibilité :

- dans une installation visée par un groupe concerté;
- dans une installation située dans un territoire isolé ou éloigné de l'Annexe 19 et ayant 4 effectifs ou moins en place;
- dans les installations de Baie-Saint-Paul, de La Malbaie et du Granit.

Les installations sont désignées par les parties négociantes. La liste des installations désignées sera 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 RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Pour les semaines de Noël, du jour de l'An et du congrès de l'Association québécoise de chirurgie (AQC), le chirurgien a droit au montant de **1000 \$** par jour (code de facturation **42112**).

Vous serez informé dans une prochaine infolettre des dates précises des semaines de Noël, du jour de l'An et du congrès de l'AQC et des instructions de facturation afférentes. Si vous avez facturé vos services selon l'Annexe 25 du 1^{er} décembre 2019 au 9 janvier 2020, vous avez **90 jours** à compter du **10 janvier 2020** pour modifier votre facturation.

2.1.3 Mécanisme de soutien d'urgence (art. 3)

Le mécanisme de soutien d'urgence prévoit la mise en place d'une liste de garde en disponibilité d'un chirurgien par jour, pour chacune des 52 semaines de l'année, pouvant être déployé à tout moment et en tout lieu sur le territoire dans le but d'éviter une rupture totale de services.

Le chirurgien qui peut participer au mécanisme de soutien d'urgence est désigné par les parties négociantes.

Rémunération (art. 3.2)

Le chirurgien désigné qui n'est pas déployé a droit au paiement d'un montant forfaitaire de **1500 \$** par jour de disponibilité (code de facturation **42113**).

Si le chirurgien est déployé dans une installation, il a droit à un montant forfaitaire de **1750 \$** par jour (code de facturation **42114**). Si l'installation dans laquelle il est déployé fait l'objet d'un groupe concerté, il n'a pas droit au montant forfaitaire du groupe concerté.

Les montants forfaitaires du mécanisme de soutien d'urgence sont versés en plus de la rémunération prévue à l'Accord-cadre.

Si le chirurgien demande le paiement du montant forfaitaire pour une journée où il n'est pas déployé, il **ne peut** demander le paiement des forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

- Le supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25;
- Les forfaits de prise en charge de l'unité et le forfait de prise en charge du patient prévus à l'Annexe 29;
- Le paiement de tout service qu'il ne peut abandonner rapidement afin d'être déployé dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence.

Médecin coordonnateur (art. 3.3)

Le médecin coordonnateur provincial, et son remplaçant, le cas échéant, est désigné par les parties négociantes afin d'assurer l'établissement de la liste de garde, la coordination du mécanisme de soutien d'urgence et le déploiement de l'équipe volante dans l'installation requérant ses services.

Le médecin coordonnateur ou celui qui le remplace reçoit un montant forfaitaire de **383,29 \$** par semaine (code de facturation **42115**).

Un seul forfait est payable au cours d'une semaine, du dimanche au samedi. Lors de la facturation, pour le lieu de dispensation, vous devez indiquer votre lieu de pratique habituel.

2.1.4 Mesure ciblée pour pallier les situations particulières (art. 4)

Au besoin, une mesure incitative peut être utilisée pour pallier toute rupture ponctuelle de services pouvant survenir dans une installation. Cette mesure peut s'appliquer dans les installations et aux périodes désignées par les parties négociantes, qui déterminent également l'admissibilité des médecins au montant forfaitaire, selon le type de situation.

Cette mesure donne droit au paiement d'un montant forfaitaire de **500 \$** par jour (code de facturation **42116**), en plus de la rémunération prévue à l'Accord-cadre pour les services que le chirurgien rend dans l'installation.

2.1.5 Modalités particulières (art. 5)

Lorsqu'un chirurgien qui est visé par les groupes concertés, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières du plan de remplacement et qui ne détient pas de poste au plan des effectifs médicaux (PEM) dans l'installation visée ne peut se prévaloir de son *per diem* ou de son *demi-per diem* en raison des modalités prévues à l'Annexe 38, il a droit à un forfait de **250 \$** par demi-journée (code de facturation **42117**). Ce forfait remplace alors le *demi-per diem* de l'Annexe 38.

Une demi-journée s'entend d'une période moyenne de 3 h 30, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Le médecin doit avoir un contrat en remplacement, en pool de service ou en support en mixte dans l'installation où il va travailler dans le cadre de l'une des mesures du plan de remplacement pour avoir droit à ce forfait. De plus, un maximum de 2 forfaits peuvent être facturés par jour par médecin lorsqu'aucun *per diem* ou *demi-per diem* n'a été facturé. Si un *demi-per diem* a été facturé, un seul forfait est alors payable pour cette journée.

2.1.6 Modalité de rémunération différente et plafonnements (art. 6)

À l'exception des modalités particulières de l'article 5 de la lettre d'entente, la majoration de rémunération différente prévue à l'Annexe 19 ne s'applique pas aux forfaits de la *Lettre d'entente n° 233*. Ces forfaits sont exclus des plafonnements des gains de pratique.

2.1.7 Application (art. 7)

Un seul des forfaits prévus pour le groupe concerté, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure ciblée peut être versé **par installation, par jour**.

2.1.8 Engagement contractuel et pénalités

Les dispositions des articles 1.5 et 3.5 de la lettre d'entente prévoient des pénalités applicables en cas de non-respect des engagements contractuels de couverture de services.

La RAMQ donne suite aux avis des parties négociantes quant à l'application des pénalités.

2.2 Lettre d'entente n° 234

La nouvelle [*Lettre d'entente n° 234*](#) concerne la mise en place d'un plan de remplacement provincial visant à assurer une prestation continue des soins en **obstétrique-gynécologie** dans l'ensemble des installations du Québec où de tels soins sont actuellement dispensés.

Le plan de remplacement en obstétrique-gynécologie se partage en quatre volets :

- Les groupes concertés;
- La garde en disponibilité;
- Le mécanisme de soutien d'urgence;
- La mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières.

Vous trouverez ci-dessous le détail des mesures liées à la rémunération. Pour plus d'information concernant l'ensemble des modalités du plan, consultez la *Lettre d'entente n° 234*.

À l'exception des modalités particulières de l'article 5, pour les médecins rémunérés selon le mode de rémunération mixte, les forfaits de la *Lettre d'entente n° 234* sont payés en plus des modalités prévues à l'Annexe 38, et ce, à 100 % (voir la section 2.2.5 de l'infolettre).

2.2.1 Groupes concertés (art. 1)

La création de groupes concertés vise à assurer la prestation continue des soins en obstétrique, y compris la garde, et à éviter toute rupture de services dans une installation au moyen d'un engagement de soutien continu par les obstétriciens participant aux groupes concertés.

L'obstétricien désirant participer à un groupe concerté doit s'engager pour une période minimale d'un an et offrir au moins une semaine de remplacement par an.

Les parties négociantes désignent les installations qui font l'objet d'un groupe concerté ainsi que les obstétriciens qui y participent. Elles désignent également le nombre maximal de semaines de remplacement auquel une installation a droit. Les installations pouvant être visées par un groupe concerté sont désignées à l'annexe 1 de la lettre d'entente. La liste des installations désignées sera 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 RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Rémunération (art. 1.2)

L'obstétricien remplaçant a droit, en plus de la rémunération prévue à l'Accord-cadre, à un montant forfaitaire de :

- **1000 \$** par jour pour les installations nécessitant une couverture d'un maximum de 12 semaines par année;
- **1250 \$** par jour pour les installations nécessitant une couverture d'un maximum de 26 ou de 52 semaines par année;
- **1400 \$** par jour pour le CISSS des Îles.

Les codes de facturation sont indiqués ci-dessous dans le tableau.

Dans les installations où un seul obstétricien est en place (obstétricien établi), ce dernier peut se prévaloir de ce montant forfaitaire lorsqu'aucun obstétricien du groupe concerté n'en bénéficie. Cet obstétricien est également désigné par les parties négociantes.

Tableau des codes de facturation

	Maximum de 12 semaines par année 1000 \$	Maximum de 26 ou de 52 semaines par année 1250 \$	CISSS des Îles 1400 \$
Obstétricien remplaçant	42200	42201	42203
Obstétricien établi	s. o.	42202	42204

Le nombre maximal de semaines autorisées par les parties négociantes pourrait changer en cours d'année. En conséquence, **le code de facturation à utiliser pourrait également changer en cours d'année**. Vous devez vous assurer du nombre de semaines autorisées pour votre installation en consultant la rubrique *Annexes mises à jour en continu*, sous l'onglet *Facturation* de la section réservée à votre profession, sur le site de la RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, ou en vous adressant au coordonnateur de votre groupe concerté.

Médecin coordonnateur (art. 1.3)

Le médecin coordonnateur, et son remplaçant, le cas échéant, est désigné par les parties négociantes afin de constituer le groupe concerté, de dresser la liste de garde et d'assurer le respect des engagements des obstétriciens, et ce, selon les principes établis. Il doit participer au groupe concerté qu'il coordonne ou être installé dans l'installation visée par le groupe concerté qu'il coordonne.

Le médecin coordonnateur ou celui qui le remplace reçoit un montant forfaitaire hebdomadaire de **191,64 \$** (code de facturation **42205**).

Un seul forfait est payable par installation au cours d'une semaine, du dimanche au samedi. Lors de la facturation, pour le lieu de dispensation, vous devez indiquer le numéro d'établissement du lieu que vous coordonnez.

Compensation en cas de suspension de l'offre de services en obstétrique (art. 1.5.6)

Si une installation doit suspendre son offre de services de façon temporaire en obstétrique, le médecin qui devait y être déployé a droit aux modalités du mécanisme de soutien d'urgence s'il répond aux critères qui y sont prévus lors de sa journée annulée et consent à ce que sa disponibilité supplémentaire s'ajoute à celle de l'équipe volante en place. Pour avoir droit à cette compensation, le médecin désigné doit avoir été averti de cette suspension dans les 21 jours précédant sa journée de remplacement annulée.

Lors de la facturation selon le mécanisme de soutien d'urgence dans ce contexte, l'obstétricien doit utiliser le code **42210** s'il est déployé ou le code **42211** s'il n'est pas déployé **et** le nouvel élément de contexte *Disponibilité supplémentaire à l'équipe volante du mécanisme de soutien d'urgence*.

2.2.2 Garde en disponibilité (art. 2)

L'obstétricien a droit, en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25, au paiement d'un montant de **750 \$** par jour du lundi au vendredi (code de facturation **42206**) et de **1200 \$** par jour la fin de semaine et les jours fériés (code de facturation **42207**) lorsqu'il assume la garde en disponibilité :

- dans une installation où il y a un groupe concerté déployé;
- dans une installation située dans un territoire isolé ou éloigné de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre et ayant 3 plans des effectifs médicaux (PEM) et moins.

Les installations sont désignées par les parties négociantes. La liste des installations désignées sera 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 RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Ce montant est majoré pour une durée de 14 jours pendant la période de Noël et du jour de l'An. Le montant du supplément de garde est alors de **1750 \$** par jour du lundi au vendredi (code de facturation **42208**) et de **2200 \$** par jour la fin de semaine et les jours fériés (code de facturation **42209**).

Malgré les dispositions de l'article 4 de l'Annexe 25, l'obstétricien qui effectue une garde en disponibilité dans les installations mentionnées à l'annexe 4 de la lettre d'entente a droit à ces modalités lorsqu'aucun chirurgien apte à couvrir les urgences obstétricales n'a assumé cette garde.

Vous serez informé dans une prochaine infolettre des dates précises des semaines de Noël, du jour de l'An et des instructions de facturation afférentes. Si vous avez facturé vos services selon l'Annexe 25 du 1^{er} décembre 2019 au 9 janvier 2020, vous avez **90 jours** à compter du **10 janvier 2020** pour modifier votre facturation.

2.2.3 Mécanisme de soutien d'urgence (art. 3)

Le mécanisme de soutien d'urgence prévoit la mise en place d'une liste de garde en disponibilité d'un obstétricien par jour, pour chacune des 52 semaines de l'année, apte à effectuer les urgences obstétricales qui peut être déployé à tout moment et en tout lieu sur le territoire dans le but d'éviter une rupture totale de services.

L'obstétricien qui peut participer au mécanisme de soutien d'urgence est désigné par les parties négociantes.

Rémunération (art. 3.2)

L'obstétricien désigné qui n'est pas déployé a droit au paiement d'un montant forfaitaire de **1500 \$** par jour de disponibilité (code de facturation **42210**).

Si l'obstétricien est déployé dans une installation, il a droit à un montant forfaitaire de **1750 \$** par jour (code de facturation **42211**). Si l'installation dans laquelle il est déployé fait l'objet d'un groupe concerté, il n'a pas droit au montant forfaitaire du groupe concerté.

Les montants forfaitaires du mécanisme de soutien d'urgence sont versés en plus de la rémunération prévue à l'Accord-cadre.

Si l'obstétricien demande le paiement du montant forfaitaire pour une journée où il n'est pas déployé, il **ne peut** demander le paiement des forfaits, suppléments ou honoraires suivants :

- Le supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25;
- Le montant forfaitaire du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie;
- Le paiement de tout service qu'il ne peut abandonner rapidement afin d'être déployé dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence.

Médecin coordonnateur (art. 3.3)

Le médecin coordonnateur provincial, et son remplaçant, le cas échéant, est désigné par les parties négociantes afin d'assurer l'établissement de la liste de garde, la coordination du mécanisme de soutien d'urgence et le déploiement de l'équipe volante dans l'installation requérant ses services.

Le médecin coordonnateur ou celui qui le remplace reçoit un montant forfaitaire de **383,29 \$** par semaine (code de facturation **42212**).

Un seul forfait est payable au cours d'une semaine, du dimanche au samedi. Lors de la facturation, pour le lieu de dispensation, vous devez indiquer votre lieu de pratique habituel.

2.2.4 Mesure ciblée pour pallier les situations particulières (art. 4)

Au besoin, une mesure incitative peut être utilisée pour pallier toute rupture ponctuelle de services pouvant survenir dans une installation. Cette mesure peut s'appliquer dans les installations et aux périodes désignées par les parties négociantes, qui déterminent également l'admissibilité des médecins au montant forfaitaire, selon le type de situation.

Cette mesure donne droit au paiement d'un montant forfaitaire de **500 \$** par jour (code de facturation **42213**), en plus de la rémunération prévue à l'Accord-cadre pour les services que l'obstétricien rend dans l'installation.

Dans les installations visées à l'annexe 4 de la lettre d'entente où le chirurgien de garde n'est pas apte à couvrir les césariennes, le montant forfaitaire est de **1200 \$** par jour (code de facturation **42214**).

2.2.5 Modalités particulières (art. 5)

Lorsqu'un obstétricien qui est visé par les groupes concertés, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières du plan de remplacement et qui ne détient pas de poste au plan des effectifs médicaux (PEM) dans l'installation visée ne peut se prévaloir de son *per diem* ou de son demi-*per diem* en raison des modalités prévues à l'Annexe 38, il a droit à un forfait de **250 \$** par demi-journée (code de facturation **42215**). Ce forfait remplace alors le demi-*per diem* de l'Annexe 38.

Une demi-journée s'entend d'une période moyenne de 3 h 30, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Le médecin doit avoir un contrat en remplacement, en pool de service ou en support en mixte dans l'installation où il va travailler dans le cadre de l'une des mesures du plan de remplacement pour avoir droit à ce forfait. De plus, un maximum de 2 forfaits peuvent être facturés par jour par médecin lorsqu'aucun *per diem* ou demi-*per diem* n'a été facturé. Si un demi-*per diem* a été facturé, un seul forfait est alors payable pour cette journée.

2.2.6 Modalité de rémunération différente et plafonnements (art. 6)

À l'exception des modalités particulières de l'article 5 de la lettre d'entente, la majoration de rémunération différente prévue à l'Annexe 19 ne s'applique pas aux forfaits de la *Lettre d'entente n° 234*. Ces forfaits sont exclus des plafonnements des gains de pratique.

2.2.7 Application (art. 7)

Un seul des forfaits prévus pour le groupe concerté, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure ciblée peut être versé **par installation, par jour**.

2.2.8 Engagement contractuel et pénalités

Les dispositions des articles 1.5 et 3.5 de la lettre d'entente prévoient des pénalités applicables en cas de non-respect des engagements contractuels de couverture de services.

La RAMQ donne suite aux avis des parties négociantes quant à l'application des pénalités.

2.3 Lettre d'entente n° 235

La [*Lettre d'entente n° 235*](#) vise à mettre sur pied un comité de suivi pour l'évaluation et l'analyse de la prestation continue des services obstétricaux par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie en lien avec la *Lettre d'entente n° 234*.

2.4 Lettre d'entente n° 236

La [*Lettre d'entente n° 236*](#) concerne le financement des mesures introduites par les lettres d'entente n°s 233 et 234.

3 Frais de déplacement et de séjour (Annexe 23)

◆ MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES – RÉMUNÉRATION À L'ACTE → ONGLET *FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR*

Des changements sont apportés à l'onglet [Frais de déplacement et de séjour](#) du *Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte*.

L'article 1.3 g) suivant est ajouté :

g) d'un médecin spécialiste en chirurgie générale qui se déplace dans le cadre de la lettre d'entente n° 233, à l'exception de la mesure prévue à l'article 1.6.1

L'article 1.3 h) suivant est ajouté :

h) d'un médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie qui se déplace dans le cadre de la lettre d'entente n° 234.

4 Mesures supplémentaires en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins spécialistes dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 32)

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ANNEXES 12 À 46*

L'article 2. *Prime de remplacement* de l'[Annexe 32](#) est abrogé.

5 Entente auxiliaire concernant le remplacement de certains médecins exerçant dans un centre hospitalier situé dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (Annexe 33)

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ANNEXES 12 À 46*

L'article 1.4 de l'[Annexe 33](#) est remplacé par le suivant :

1.4 Dans le cas d'un remplacement effectué au sein d'un groupe de 3 médecins, le remplacement ne peut pas excéder 4 mois par année pour chaque absence.

6 Mise en place d'un plan de remplacement provincial en anesthésiologie réanimation (Annexe 45)

BROCHURE N° 1 → ONGLET *ANNEXES 12 À 46*

Vous pouvez consulter l'[Annexe 45](#) dans la *Brochure n° 1*.

6.1 Article 5

Un nouvel article 5 est inséré et les articles 5, 6, 7 et 8 sont renumérotés en conséquence.

Lorsqu'un médecin anesthésiologiste qui est visé par le jumelage départemental, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières de l'Annexe 45 et qui ne détient pas de poste au plan des effectifs médicaux (PEM) dans l'installation visée ne peut se prévaloir de son *per diem* ou de son demi-*per diem* en raison des modalités prévues à l'Annexe 38, il a droit à un forfait de 250 \$ par demi-journée (code de facturation 19919). Ce forfait remplace alors le demi-*per diem* de l'Annexe 38.

Une demi-journée s'entend d'une période moyenne de 3 h 30, entre 8 h et 15 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Le médecin anesthésiologiste doit avoir un contrat en remplacement, en pool de service ou en support en mixte dans l'installation où il va travailler dans le cadre de l'une des mesures du plan de remplacement pour avoir droit à ce forfait. De plus, un maximum de 2 forfaits peuvent être facturés par jour par médecin lorsqu'aucun *per diem* ou demi-*per diem* n'a été facturé. Si un demi-*per diem* a été facturé, un seul forfait est alors payable pour cette journée.

La majoration de rémunération prévue à l'Annexe 19 s'applique.

6.2 Article 6

À l'article 6, le paragraphe suivant est ajouté :

Un seul des forfaits prévus pour le jumelage départemental, le mécanisme de soutien d'urgence ou la mesure ciblée peut être versé par installation par jour.

Date d'entrée en vigueur : **1^{er} mars 2018**

La RAMQ réévaluera les services concernés. Aucune action n'est requise de votre part. Des ajustements négatifs paraîtront sur un état de compte subséquent, le cas échéant.

Tableaux des nouveaux codes de facturation

Lettre d'entente n° 233

Code de facturation	Description	Tarif (\$)
42100	Forfait quotidien du médecin remplaçant d'un groupe concerté de la région 1	1200
42101	Forfait quotidien du médecin en support d'un groupe concerté de la région 1	1200
42102	Forfait quotidien du médecin établi d'un groupe concerté de la région 1	1200
42103	Forfait quotidien du médecin remplaçant d'un groupe concerté de la région 2	1000
42104	Forfait quotidien du médecin en support d'un groupe concerté de la région 2	1000
42105	Forfait quotidien du médecin établi d'un groupe concerté de la région 2	1000
42106	Forfait quotidien du médecin remplaçant d'un groupe concerté de la région 3	800
42107	Forfait quotidien du médecin en support d'un groupe concerté de la région 3	800
42108	Forfait quotidien du médecin établi d'un groupe concerté de la région 3	800
42109	Forfait hebdomadaire pour coordonnateur d'un regroupement d'installations	191,64
42110	Supplément de garde en disponibilité / Établissements désignés à la Lettre d'entente n° 233 / En semaine	660
42111	Supplément de garde en disponibilité / Établissements désignés à la Lettre d'entente n° 233 / Week-end et jour férié	1000
42112	Supplément de garde en disponibilité / Établissements désignés à la Lettre d'entente n° 233 / Semaine de Noël, du Jour de l'An et du congrès annuel de l'AQC	1000
42113	Forfait quotidien de disponibilité dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence lorsque le médecin n'est pas déployé	1500
42114	Forfait quotidien de disponibilité dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence lorsque le médecin est déployé	1750
42115	Forfait hebdomadaire pour coordonnateur du mécanisme de soutien d'urgence	383,29
42116	Forfait quotidien pour la mesure ciblée pour pallier les situations particulières	500
42117	Forfait pour modalités particulières	250

Lettre d'entente n° 234

Code de facturation	Description	Tarif (\$)
42200	Forfait quotidien du médecin remplaçant d'un groupe concerté (maximum 12 semaines par année)	1000
42201	Forfait quotidien du médecin remplaçant d'un groupe concerté (maximum 26 ou 52 semaines par année)	1250
42202	Forfait quotidien du médecin établi d'un groupe concerté (maximum 26 ou 52 semaines par année)	1250
42203	Forfait quotidien du médecin remplaçant d'un groupe concerté au CISSS des Îles	1400
42204	Forfait quotidien du médecin établi d'un groupe concerté au CISSS des Îles	1400
42205	Forfait hebdomadaire pour coordonnateur d'un groupe concerté	191,64
42206	Supplément de garde en disponibilité / Établissements désignés à la Lettre d'entente n° 234 / En semaine	750
42207	Supplément de garde en disponibilité / Établissements désignés à la Lettre d'entente n° 234 / Week-end et jour férié	1200
42208	Supplément de garde en disponibilité / Établissements désignés à la Lettre d'entente n° 234 / Période de Noël et du jour de l'An / En semaine	1750
42209	Supplément de garde en disponibilité / Établissements désignés à la Lettre d'entente n° 234 / Période de Noël et du jour de l'An / Week-end et jour férié	2200
42210	Forfait quotidien de disponibilité dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence lorsque le médecin n'est pas déployé	1500
42211	Forfait quotidien de disponibilité dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence lorsque le médecin est déployé	1750
42212	Forfait hebdomadaire pour coordonnateur du mécanisme de soutien d'urgence	383,29
42213	Forfait quotidien pour la mesure ciblée pour pallier les situations particulières	500
42214	Forfait quotidien pour la mesure ciblée pour pallier les situations particulières dans une installation visée à l'Annexe 4	1200
42215	Forfait pour modalités particulières	250

Annexe 45

Code de facturation	Description	Tarif (\$)
19919	Forfait pour modalités particulières	250